

FACULTE DE MEDECINE

Les fibromes primitifs du ligament large

Étude anatomo-clinique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juillet 1933

PAR

Marcel LOURIAC

Né le 14 Juillet 1908, à Olargues (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	$\left\{ \begin{array}{l} \text{MM. LAPEYRE, professeur, } \textit{président.} \\ \text{RICHE, professeur} \\ \text{COLL DE CARRERA, agrégé} \\ \text{AIMES, agrégé.} \end{array} \right.$	$\left. \vphantom{\begin{array}{l} \text{MM. LAPEYRE, professeur, } \textit{président.} \\ \text{RICHE, professeur} \\ \text{COLL DE CARRERA, agrégé} \\ \text{AIMES, agrégé.} \end{array}} \right\} \textit{assesseurs}$
---------------------------	--	---

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE SAUVAGES, 1

1933

LES FIBROMES PRIMITIFS DU LIGAMENT LARGE
ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Les fibromes primitifs du ligament large

Étude anatomo-clinique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juillet 1933

PAR

Marcel LOURIAC

Né le 14 Juillet 1903, à Olargues (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	MM. LAPEYRE, professeur, <i>président</i> . RICHE, professeur COLL DE CARRERA, agrégé AIMES, agrégé.	asseurs
---------------------------	---	---------

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DE SAUVAGES, 1

1933

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	N...
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Botanique et histoire naturelle médicale	GALAVIELLE
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE, asses.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Physiologie (Ch. de c.)	VILLARD
Matière médicale (Ch. de c.)	TERRACOL
Radiologie (Ch. de c.)	L. HEDON
	CABANNES
	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Anatomie	MM. LAUX
Histologie	GRANEL
Physiologie	L. HEDON, Prof.
Pathologie expérimentale	PAGES
Matière médicale	CABANNES, prof.
Pathologie médicale	PUECH
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Stomatologie	Dr WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	N... N... N...
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	PUECH
	JANBON
	N... N...
Anatomie	LAUX
Chimie	N...
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Histologie	GRANEL
Bactériologie	N...

Examineurs de la Thèse

MM. LAPEYRE, prof., président.
RICHE, professeur.

MM. COLL DE CARRERA, agrégé.
AIMES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA COUSINE
BLANCHE ADGE

A MA GRAND'MERE

A MA MERE ET A MON PERE

Bien faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR N. C. LAPEYRE

Professeur de Clinique Gynécologique

Il a bien voulu mettre à notre disposition l'observation originale qui a été le point de départ de ce travail. Nous le remercions vivement du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

AUX MEMBRES DE MON JURY
MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
COLL DE CARRERA

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ AIMES

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'AVIGNON

Ils ont contribué, pour une grande part, à notre formation médicale. Nous avons profité tous les jours de leurs conseils, et nous avons pu apprécier sans cesse leur bienveillance et leur affectueuse sollicitude. C'est à leur contact que nous avons appris à connaître et à aimer la médecine ; à tous ces titres ils ont droit à notre reconnaissance ; qu'ils trouvent donc ici l'expression de notre attachement et de notre sincère gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. GODLEWSKI

Ex Chef de Clinique de la Faculté de Montpellier

Il nous a apporté son aide bienveillante : qu'il voie dans cette modeste thèse un témoignage de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. ESTOR

Chef de Clinique Gynécologique

Il a dirigé notre travail avec son amabilité coutumière. Nous sommes heureux de lui exprimer ici toute notre gratitude.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

LES FIBROMES PRIMITIFS DU LIGAMENT LARGE

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

INTRODUCTION

Comme l'indique le titre de cette thèse, nous n'envisagerons dans notre étude que les fibromes primitifs du ligament large, laissant de côté toutes les tumeurs dont l'origine est ailleurs que dans le ligament lui-même.

STROHEKER, dans sa thèse si documentée, a montré l'un des premiers qu'il existait une division très nette entre ces deux groupes de néoplasies ; d'une part les fibromes qui, nés aux dépens d'organes voisins, s'insinuent secondairement entre les feuillets du ligament large : tels sont les fibromes de l'utérus, des ovaires, ceux, plus rares, des ligaments ronds et des ligaments tubo ou utéro-ovariens. D'autre part, les fibromes primitifs, nés dans le ligament aux dépens des fibres de ROUGET, tumeurs aborigènes, comme les appelle GRIF-
FON, n'ayant avec l'utérus et les annexes aucun lien

d'origine, aucun rapport de continuité ; seul ce dernier groupe de tumeurs nous intéresse.

Nous avons été amené à l'étude des fibromes primitifs intraligamentaires par le cas d'une malade qui fut opérée dans le service de Gynécologie, en mars dernier, par notre Maître, M. le Professeur LAPEYRE, et dont nous reproduisons plus loin l'observation. Nous avons recueilli, en outre, en puisant dans la littérature médicale de ces vingt dernières années, un certain nombre de publications relatives à ces fibromes ; de ces observations, nous n'avons retenu que celles qui nous ont paru présenter, du fait de certains détails anatomiques ou cliniques, un intérêt plus particulier.

C'est d'ailleurs, du double point de vue anatomique et clinique que nous envisagerons la question. D'une part, en effet, par l'étude de l'anatomie des fibromes primitifs du ligament large, nous mettrons en relief certains caractères propres à ces tumeurs : leur situation originelle à la base ou à la partie supérieure des ligaments, leur évolution ultérieure et leurs transformations histologiques, leurs connexions péritonéales et vasculaires, enfin leurs rapports avec les organes voisins.

D'autre part, l'étude clinique nous permettra d'isoler, dans la symptomatologie généralement fruste de ces fibromes, certains signes qui, sans être pathognomoniques, sont cependant plutôt en faveur, les uns de l'inclusion de la tumeur et de son indépendance, les autres de sa nature fibromateuse.

Nous insisterons donc sur la partie anatomo-clinique de notre travail. Nous passerons rapidement sur

la pathogénie et sur le traitement : à propos de ce dernier, nous ne ferons que résumer les principales règles qui doivent régir la technique opératoire actuelle.

~ Nous diviserons notre travail en sept chapitres :

I. *Historique.*

II. *Observations.*

III. *Etiologie et Pathogénie.*

IV. *Anatomie Pathologique.*

V. *Symptômes et Diagnostic.*

VI. *Evolution et Pronostic.*

VII. *Traitement.*

HISTORIQUE

Les fibromes primitifs du ligament large, bien qu'ils aient été au cours de ces dernières années l'objet d'études assez approfondies, représentent malgré tout une catégorie de tumeurs peu fréquentes, dont l'origine a été pendant longtemps controversée.

Nous ne voulons pas rapporter ici en détail les publications et les débats auxquels ils donnèrent lieu, depuis que KIWSCH, le premier, en 1849, et après lui, GUYON et WIRCHOW, affirmèrent l'existence de ces tumeurs autochtones. D'ailleurs, leur histoire a été fidèlement retracée par STROHEKER (1) qui, en 1902, ne réunissait pas moins de 204 observations de fibromes intraligamentaires, dont près de 80 relatives à des fibromes primitifs. Cet auteur, dans son historique, cite un grand nombre de noms ; nous n'avons retenu que les principaux.

(1) STROHEKER. Les fibromes du ligament large. Thèse de Paris, 1902.

En 1875, SCANZONI et HERMANN BEIGEL admettent tous les deux l'existence des fibromes primitifs du ligament large, mais avec cette restriction que ces tumeurs n'atteignent jamais un volume assez important pour exercer sur les organes voisins une influence réelle ; aussi sont-elles dépourvues de tout intérêt clinique. Ce ne sont jamais que de petits corps fibreux de la grosseur d'un pois ou d'une cerise, les fibromes plus volumineux provenant indiscutablement du parenchyme utérin.

Allant à l'encontre de ces deux auteurs, BOUSSI, trois ans plus tard, affirmait qu'il existait de gros fibromes intraligamentaires indépendants de l'utérus, et présentait à l'appui de sa thèse l'observation d'une malade chez laquelle il avait posé le diagnostic de tumeur fibreuse utérine et découvert à l'autopsie un gros fibrome adhérent aux ligaments larges et complètement indépendant de l'utérus.

Puis viennent les travaux de MIKULICZ, qui observa le premier cas de fibrome pédiculé sur le ligament large, et ceux de SANGER qui, le premier, plaça l'origine des fibromes primitifs dans les fibres musculaires lisses abondamment développées dans l'épaisseur des ligaments et décrites par ROUGET en 1858.

En 1887, BILFINGER, dans sa thèse, publie 14 cas de tumeurs primitives des ligaments larges.

A la Société de Chirurgie, le 12 novembre 1890, SEGOND juge que le pronostic de l'ablation des fibromes intraligamentaires par laparotomie reste encore très sévère. On ne saurait établir « la moindre parité entre l'ovariotomie et l'hystérectomie lorsqu'on les envisage dans leur ensemble, sans distinction des cas ».

En 1892, paraît la thèse de LANG sur les « Tumeurs

solides primitives des ligaments larges, et en particulier de leur histoire et de leur pathogénie ». C'est un travail complet et documenté, dans lequel l'auteur réunit 39 observations de tumeurs autochtones.

L'année suivante, WATHEN enlève un fibrome calcifié du ligament large, sans connexion aucune, ni avec l'utérus, ni avec les annexes ; son existence se traduisait uniquement par des douleurs rectales continues, devenant intolérables au moment de la défécation. Le toucher vaginal permit de déceler le siège de la tumeur et l'exérèse amena la sédation complète des douleurs.

En 1894, POLOSSON propose la voie extra-péritonéale pour l'extirpation des fibromes intraligamentaires. JEANNIN, à propos d'un fibrome kystique du ligament large, à contenu hémorragique, insiste sur l'origine ligamentaire de nombre de tumeurs rapportées à tort à l'utérus, à l'ovaire ou au parovaire, et sur la fréquence de la dégénérescence kystique de ces tumeurs.

Puis viennent les travaux de VAUTRIN, au IX^e Congrès de Chirurgie ; ceux de WALTON, qui attire l'attention sur l'intensité des troubles de compression et la fréquence des hémorragies ; enfin ceux de GRIFFON, qui nomme ces fibromes primitifs tumeurs aborigènes.

Après la thèse de STROHEKER, citons celle de GERBIER en 1906, celle de DENIKER en 1910, les travaux de DELAUNAY, LECÈNE, RENDU, ALFIERI.

Pendant la guerre, en raison de l'irrégularité des périodiques médicaux, les publications se font rares : nous connaissons cependant celles de JEAN ROY, MORI, HAMILTON, SCHIFFMANN.

En 1919, CHAMORRO-BENARD écrit une thèse sur l'hystérectomie abdominale dans les tumeurs du ligament large, et CHAMBAS et DURAND signalent un cas de fibrosarcome simulant un kyste de l'ovaire.

Nous avons relevé, dans la littérature médicale française et étrangère, à partir de 1920, une trentaine de publications relatives aux fibromes intraligamentaires. De ces observations, nous publierons plus loin celles qui se rapportent aux fibromes primitifs et qui nous ont paru répondre le mieux aux divers types anatomiques et cliniques que l'on observe à propos de ces tumeurs. Parmi celles que nous ne pouvons rapporter « in extenso », en raison des limites restreintes de cet ouvrage, il en est cependant quelques-unes qui sont loin d'être dépourvues d'intérêt. Ainsi, en 1921, nous relevons, dans le « Journal de Médecine de Bordeaux », une étude de BÉGOVIN et PAPIN, qui insistent surtout sur le côté clinique et sur la conduite opératoire. La même année, VERDIER, dans sa thèse, distingue les fibromes à évolution abdominale, sans grande symptomatologie, et les fibromes à évolution pelvienne, qui s'accompagnent de troubles graves de compression. Il met en garde contre les dangers opératoires : blessure de la vessie, de l'uretère, hémorragies rebelles.

CARLTON SEAVER, en 1924, rapporte plusieurs cas de fibromyomes du ligament large indépendants ; — CROUSSE présente à la Société Belge de Chirurgie, un cas de fibrome primitif ; — CALZAVARA étudie la tuberculose dans les fibromyomes utérins, dans les adénomyomes de la trompe et du ligament large.

En 1925, FORGUE et CROUSSE, au IV^e Congrès de

l'association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, consacrent un chapitre important à l'inclusion intraligamentaire en général, et en particulier, aux fibromes primitifs intraligamentaires. Les auteurs insistent surtout sur les rapports des tumeurs incluses avec le péritoine pelvien qu'elles décollent au fur et à mesure de leur développement, et sur les déplacements importants que subissent les organes voisins : transpositions de l'uretère ; ascension de la vessie ; refoulement du colon pelvien ; déviations utérines ; connexions modifiées avec les pédicules vasculaires.

En 1929, MORROUD, à la Société de Chirurgie de Marseille, rapporte l'intéressante observation d'un volumineux fibrome primitif du ligament large.

En 1930, le Docteur GODLEWSKI, d'Avignon, observe un joli cas de leiomyome pédiculé et tordu, qu'il publie dans la « Provence Médico-Chirurgicale ». Nous rapporterons plus loin cette observation, en même temps qu'une autre du même auteur, inédite, relative également à la torsion d'un fibrome pédiculé.

Enfin, en mars 1933, M. le Professeur LAPEYRE observait un cas de fibrome primitif intraligamentaire. Grâce à son obligeance, nous avons pu publier cette intéressante observation, qui a été d'ailleurs le point de départ de notre thèse.

Ainsi, d'après cet exposé, nous pouvons décrire, dans l'histoire de la littérature médicale relative aux tumeurs intraligamentaires, trois étapes successives :

1° D'abord, une période où les auteurs admettent bien l'origine primitive de certaines tumeurs des liga-

ments larges, mais avec cette restriction qu'elles ne peuvent être que de petits noyaux fibreux, jamais plus gros qu'une cerise, les tumeurs plus volumineuses étant inévitablement d'origine utérine.

2° Puis, avec BOUSSI (1878), on acquiert cette conviction qu'il existe de volumineuses tumeurs intraligamentaires absolument indépendantes de l'utérus, mais on n'a absolument aucune idée sur la pathogénie de ces tumeurs:

3° Enfin, SANGER, le premier, en 1880, et à sa suite BILFINGER, GROS, LANG, VAUTRIN, placent dans les fibres musculaires lisses de ROUGET l'origine probable de ces néoplasies.

A partir de ce moment-là, toutes les publications parues n'ont fait que confirmer cette théorie pathogénique, en même temps qu'elles apportaient de nouvelles précisions anatomiques, cliniques et opératoires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Due à l'obligeance de M. le Professeur Lapeyre.

Madame S... A..., 43 ans, entre dans le service de Gynécologie le 18 mars 1933, pour une volumineuse tumeur abdominale.

Interrogatoire. — La malade avait remarqué que depuis un an son abdomen augmentait régulièrement de volume ; cependant cette augmentation était particulièrement importante depuis le mois de septembre 1932.

Au point de vue fonctionnel, il n'y avait pas de troubles de l'appareil génital (ni leucorrhée, ni métrorragie). Les phénomènes douloureux étaient peu intenses, sauf dans la moitié droite de l'abdomen. Il existait une pollakiurie peu marquée, mais on ne notait pas de troubles digestifs, pas de constipation. A signa-



1, Trompe. — 2, Pavillon. — 3, Ovaire. — 4, Orifice utérin
de la trompe



ler enfin un amaigrissement important atteignant 13 kilos en six mois.

Les antécédents de cette malade ne présentaient rien de notable. Réglée pour la première fois à l'âge de douze ans, et depuis très régulièrement, sans douleurs, l'écoulement sanguin durant en moyenne trois jours. Mariée, elle n'a jamais présenté de grossesse.

EXAMEN. — *Inspection.* — L'abdomen se montre très augmenté de volume, l'ombilic est déplissé. La cavité abdominale est occupée par une grosse masse tumorale asymétrique, saillante, surtout au niveau de l'hypochondre droit.

Palpation. — Le palper permet de préciser les contours de cette masse. Elle est de consistance inégale. Dure dans sa partie supérieure gauche, elle donne, au contraire, une sensation nette de rénitence dans l'hypochondre droit.

La hauteur de la tumeur, mesurée à partir de la symphyse pubienne, est de 31 cm. ; sa circonférence au niveau de l'ombilic atteint 88 cm.

Toucher. — Le col utérin est très difficilement perceptible et ne fait, au fond du vagin, qu'une saillie absolument minime. Les culs de sac paraissent normaux. On pratique alors le toucher combiné en mettant la malade en position de Trendelenbourg. On constate de cette façon que la tumeur remonte vers la partie supérieure de l'abdomen et qu'il se constitue, entre la symphyse pubienne et le pôle inférieur de la masse tumorale, un hiatus dans lequel on peut insinuer la main abdominale. L'examen s'en trouve facilité et l'on peut percevoir le corps utérin dévié vers la

gauche et ne paraissant pas faire corps avec la tumeur. On conclut donc de cet examen à l'existence d'une tumeur vraisemblablement annexielle et probablement kystique.

Ce diagnostic clinique n'a pu être confirmé par la radiographie. En raison des difficultés éprouvées pour percevoir le col et, par suite, cathétériser son orifice, il ne nous a pas paru possible de pratiquer une hystéro-salpingographie. Cet examen, qui eut permis de voir l'image de la cavité utérine, déviée par la tumeur, n'aurait fait que préciser la notion clinique de tumeur latéro-utérine.

Les urines étaient normales ; l'azotémie de 0 gr. 36. Le B. W. et le Hecht-Bauer, négatifs.

On décide donc d'intervenir, le diagnostic posé étant celui de tumeur kystique de l'ovaire.

INTERVENTION, LE 27 MARS 1933. — Anesthésie générale à l'Ether-Ombredanne. Incision abdominale sous-ombilicale. La surface de la tumeur apparaît dans l'aire de l'incision. On ponctionne la masse, que l'on croit liquide, dans l'intention de diminuer son volume, mais la ponction est négative et on constate que l'on a affaire à une tumeur solide. On prolonge, à ce moment, l'incision cutanée vers le haut, jusqu'à 5 cm. de l'appendice xyphoïde. La tumeur est alors extériorisée. Elle est solide, de coloration rosée, sillonnée de grosses veines bleuâtres. La masse tumorale, par son poids et son volume, est difficile à manipuler ; il semble qu'elle soit reliée par des replis péritonéaux à la moitié droite du pelvis. On arrive après maintes manœuvres à découvrir l'utérus, de très petit volume, et les annexes gauches, tout à fait normales. Ces orga-



1. Fragment pelvi pour examen histologique
2. Trompe. — 3. Ovaire

nes sont enfouis tout au fond du pelvis et disparaissent sous un repli péritonéal antéro-postérieur, qui réunissait l'S iliaque au péritoine vésical en passant au-dessus du ligament large gauche.

On pense alors se trouver en présence d'un fibrome de l'ovaire droit, mais on est étonné de la difficulté que l'on éprouve pour pédiculiser la masse, dont le pôle inférieur semble avoir dédoublé les deux feuillets du ligament large. Après section du ligament infundibulo-pelvien et du ligament rond, on incise en arrière la face postérieure du ligament large, à la limite de l'S iliaque. On peut ainsi dégager le pôle inférieur de la tumeur, qui ne tient plus que par un pédicule du volume du pouce et qui n'est autre que la trompe très hypertrophiée. On sectionne ce pédicule.

L'hémostase du moignon tubaire est assez difficile à réaliser, ainsi que celle de la tranche du ligament large. Puis suture de la brèche péritonéale, après ligature des ligaments rond et infundibulo-pelvien. Fermeture de la paroi en trois plans. Crins et agrafes sur la peau.

La pièce opératoire est constituée par une masse volumineuse mesurant 21 cm. sur 34 cm., du poids de 4 kg. 900. Elle est de consistance solide, sauf au niveau de l'un de ses pôles qui semble ramolli. L'ovaire droit apparaît normal. La masse tumorale est cravatée par la trompe hypertrophiée et très augmentée de longueur. On voit nettement que la tumeur s'est développée dans l'épaisseur du ligament large droit (voir photographie).

Les suites opératoires ont été simples. Ablation des agrafes au huitième jour. La malade se lève seize

jours après l'opération. Elle a quitté le service le 18 avril 1933.

L'examen histologique de la pièce opératoire pratiqué le 28 mars, a montré qu'il s'agissait d'un « leio-myome en dégénérescence œdémateuse par nécrobiose aseptique » (Docteur GUIBERT).

OBSERVATION II. — GODLEWSKI. Leio-myome du ligament large pédiculé et tordu (Provence Médico-Chirurgicale, mai 1930).

M. J..., 45 ans, fille, bien réglée jusque-là, sans douleur, n'ayant aucun antécédent héréditaire ou acquis, nous est adressée sur le déclin d'une crise abdominale aiguë.

INTERROGATOIRE. — Début, il y a un mois. Crise violente de douleur aiguë (coup de poignard) à droite, vomissements, ventre ballonné ; au bout de 48 heures, tout rentre dans l'ordre ; seule persiste un peu de meurtrissure. Le 2 avril, un mois après, nouvelle crise aussi violente, même coup de poignard, nausées, hoquet, ventre douloureux, ballonné, pouls rapide. La glace et l'immobilisation amènent un peu de calme.

EXAMEN. — Nous voyons la malade à la fin de la crise ; le ventre est encore douloureux, tendu ; on sent une masse grosse comme une tête d'enfant, dure, siégeant plutôt à droite, qui paraît mobile et indépendante de l'utérus. Elle est plus dure, plus rénitente qu'un kyste, moins dure qu'un fibrome. Nous pensons à une tumeur solide des annexes, de l'ovaire, tordue.

INTERVENTION. — Laparotomie transversale. On voit rapidement une tumeur rouge, violacée, de la grosseur d'une tête de nouveau-né, dure comme un myome, située à droite. Cette masse présente un pédicule long de 5 à 6 centimètres, gros comme l'index, et qui était le siège de deux torsions très nettes. Or ce pédicule s'insérait sur le ligament large, à l'angle fait par les deux ailerons tubaires et ovariens, près du sommet de l'angle, près de l'utérus, avec lequel le pédicule ne contractait aucun rapport. En dessous, l'on trouve un ovaire, petit, scléro-kystique, atrophie.

On enlève la tumeur. Cicatrisation par première intention.

L'examen macroscopique montre une tumeur rouge, solide, ni dure, ni molle, présentant à la coupe des foyers de dégénérescence nécrobiotique.

L'examen histologique est fait par le Professeur GRYNFELT. Le fragment examiné est constitué par un bloc de tissu musculaire lisse, beaucoup plus lâche que celui des myomes utérins, avec une abondante trame conjonctivo-vasculaire. Le tissu conjonctif apparaît œdématié en plusieurs points et présente, en outre, de grands foyers de nécrose. « Il s'agit donc d'un leio-myome, développé aux dépens de la gangue conjonctivo-musculaire des ligaments larges, présentant des altérations régressives (foyers de nécrose), mais ne manifestant aucun caractère de malignité histologique ».

OBSERVATION III (Inédite). — Due à l'obligeance de M. le Docteur GODLEWSKI, d'Avignon. Fibrome du ligament large, pédiculé et tordu.

Tr..., du Pontet, nous est amenée par le Docteur G..., de Sorgues, en novembre 1930.

INTERROGATOIRE. — 43 ans, non mariée. Arthritique. Aucun antécédent héréditaire, pleurésie sèche gauche à 20 ans.

Depuis six mois, pesanteur dans le bas-ventre, surtout à gauche.

A présenté à deux reprises des douleurs violentes avec ventre ballonné et vomissements, qui cessent par le repos.

Il y a trois jours, crise plus douloureuse qui persiste.

EXAMEN. — Nous voyons la malade au troisième jour. Le ventre est dur, tendu, douloureux partout. La malade accuse une douleur violente sous le sein gauche. Pas de vomissements ; bon poulx ; pas de température.

La palpation permet de sentir une masse dure, à gauche, peu mobile, dépassant le pubis et paraissant rénitente.

Au toucher vaginal, on perçoit un utérus mobile, non douloureux. Rien dans les culs de sac.

On pense à un kyste de l'ovaire pédiculé et tordu.

INTERVENTION. — Laparotomie le 22 novembre. On trouve une tumeur rouge, très vascularisée, dure, à pédicule tordu, prenant son insertion sur le ligament large, entre la trompe et l'ovaire ; ce dernier est sain. Ablation. Suites excellentes.

L'examen histologique a été fait par le professeur GRYNFELTT. Il s'agit d'un « leio-myome ayant une vascularisation abondante avec hyperplasie de la gangue conjonctivo-musculaire ».

OBSERVATION IV. — RICHE, FAYOT et LAUX. Fibrome primitif du ligament large. Réunion obstétricale et Gynécologique de Montpellier, février 1930. In « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris », avril 1930.

La tumeur s'était développée chez une femme de 52 ans, qui est entrée dans le service de Gynécologie le 9 décembre 1929, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire.

INTERROGATOIRE. — La malade avait vu son abdomen grossir depuis plus de 20 ans ; cette augmentation de volume, très lente pendant 18 ans était devenue beaucoup plus rapide au cours de ces dernières années. Seul ce symptôme l'a déterminée à consulter.

La symptomatologie fonctionnelle est, en effet, restée à peu près nulle pendant toute l'évolution : aucune douleur, seulement de la gêne dans l'action de se relever après s'être courbée ; — aucun trouble urinaire, à part une fréquence exagérée des mictions, au cours des derniers mois ; — une constipation assez opiniâtre.

Comme *antécédents* : un accouchement normal, qui remonte à 22 ans ; — les règles, qui sont toujours restées peu abondantes, ont disparu à l'âge de 50 ans ; depuis, il n'y a eu aucune perte,

EXAMEN. — *Inspection.* — L'abdomen est très augmenté de volume et pointe en avant ; l'aspect est celui d'une grosseur au huitième mois. Du côté droit, les veines sous-cutanées abdominales sont légèrement dilatées.

Palpation. — Elle permet de se rendre compte de la présence d'une tumeur, dont le pôle supérieur atteint le milieu de la ligne ombilico-xyphoïdienne et dont les bords latéraux occupent les flancs. Cette tumeur est de consistance très dure et complètement indolore ; sa mobilité latérale est très limitée.

Toucher. — Par le toucher vaginal, on atteint le pôle inférieur de la masse dans le cul de sac latéral droit et le Douglas ; le corps utérin est perçu en avant de la tumeur, refoulé contre le pubis.

Les caractères paraissent confirmer l'origine ovarienne de la tumeur ; en raison de la consistance, on porte le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire.

INTERVENTION le 14 décembre 1929, sous rachianesthésie de 14 cgr. de syncaïne. Laparotomie médiane prolongée jusqu'à plusieurs centimètres au-dessus de l'ombilic. La ligne blanche une fois incisée, on tombe sur un lacis veineux extrêmement important, qui est situé dans toute la zone péri-ombilicale ; il s'est développé dans les gaines des droits, entre la face profonde de ces muscles, et le feuillet postérieur de leur gaine ; cette situation permet d'en rapporter l'origine à la dilatation du système épigastrique. Les sinus veineux qui le composent atteignent le diamètre du petit doigt. Dans leurs mailles chemine de chaque côté une artère, qui a le calibre de la radiale et représente sans doute l'épigastrique dilatée.

Résection de tout ce système vasculaire. Incision de l'aponévrose postérieure. Pour pénétrer dans la cavité péritonéale, on est obligé d'inciser le péritoine au-dessus du pôle supérieur de la tumeur. La face antérieure de cette dernière est en effet fusionnée à la paroi abdominale antérieure dans une zone ovulaire péri-ombilicale qui répond à la dilatation vasculaire que nous avons décrite tout à l'heure. On doit inciser l'aponévrose et le péritoine en dehors de cette zone adhérente afin de progresser vers le pôle inférieur de la tumeur. On s'aperçoit alors que l'utérus et les ovaires sont normaux et que la tumeur a pris naissance dans le ligament large du côté droit et s'est développée en haut et en avant. Les annexes du côté droit ont été rejetées à la face postérieure de la tumeur. L'utérus est refoulé à gauche et en avant. La vessie est énorme ; elle est étirée vers l'ombilic que son sommet atteint. Bien qu'on ait pris la précaution de placer une sonde dans la vessie, le pôle supérieur de cette dernière est réséqué au moment où l'on dégage la face antérieure du fibrome.

Le reste de la dissection est relativement facile ; il n'y a pas d'épaississement des feuilletts péritonéaux, ni de faux plans de clivage. L'uretère n'est pas aperçu. L'ablation de la tumeur laisse une vaste zone pelvienne dépéritonisée, à la surface de laquelle sont visibles les vaisseaux iliaques et hypogastriques. On y place un Mikulicz. La brèche vésicale est fermée par des plans de suture.

Les suites opératoires n'ont été troublées que par l'évolution d'une phlébite du membre inférieur droit,

qui a donné lieu à 2 ou 3 poussées d'œdème, et à des frissons répétés pendant 2 mois.

La tumeur est du poids de 5 kgs. 1/2.

L'examen histologique d'un de ses fragments montre qu'elle est constituée uniquement de tissu fibreux.

Les auteurs attirent l'attention sur quelques points particuliers de leur observation. D'abord, sur la dilatation du réseau vasculaire pariétal péri-ombilical, ectasie qui s'explique par l'établissement d'une circulation collatérale. La compression, par la tumeur, des veines du bassin, entraîne une dérivation qui emprunte la voie du système épigastrique au lieu de choisir, comme d'habitude, le réseau veineux sous-cutané de la paroi.

En second lieu, la blessure de la vessie est loin d'être une complication exceptionnelle au cours de l'énucléation de ces tumeurs intraligamentaires. Elle se produit ici alors même qu'on s'en méfiait et qu'on avait pris toutes les précautions pour l'éviter ; il n'en résulta d'ailleurs aucun dommage pour la malade.

Enfin, l'adhérence de la tumeur à la paroi abdominale antérieure est une complication rarement signalée.

OBSERVATION V. — RICHE et FAYOT. — Volumineux fibrome kystique développé dans les ligaments larges. Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier: mars 1931. In « Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris », juin 1931.

Mlle Marie T..., 34 ans, vient consulter l'un de nous pour une augmentation de volume de l'abdomen.

Interrogatoire. — Depuis un an et demi, elle voit son ventre grossir progressivement. Il n'y a jamais eu aucune douleur, aucune espèce de troubles de compression. Depuis deux mois, cependant, elle présente une certaine intolérance gastrique. L'état général est excellent.

Les règles sont régulières, mais moins abondantes qu'auparavant.

Rien de particulier dans les antécédents.

EXAMEN. — On est frappé par l'énorme volume du ventre, qui est tout entier occupé par une tumeur qui va du pubis jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, occupant aussi les fosses iliaques et les flancs, surtout le flanc gauche. Cette tumeur paraît formée de plusieurs lobes de dimensions très inégales.

Il est impossible de la mobiliser, ni dans le sens vertical, ni dans le sens transversal.

La consistance est dure, et fluctuante par endroits.

Le *toucher vaginal* permet de sentir, à bout de doigt, un col petit, conique, un peu rejeté à gauche. Il n'est pas possible de percevoir le corps utérin.

Diagnostic probable : fibrome du ligament large à évolution abdominale.

INTERVENTION le 16 janvier 1931. — Rachi-anesthésie avec 15 cgr. de scurocaïne à 12 %. Anesthésie parfaite et sans incident.

Laparotomie médiane du pubis jusqu'à l'appendice xyphoïde.

On tombe sur une énorme tumeur multilobée, qui pousse dans le flanc gauche, un lobe très volumineux, de consistance kystique.

La vessie est très remontée, parcourue de grosses veines très dilatées. Sa paroi postérieure adhère de façon intime à la face antérieure de la tumeur.

L'utérus et les annexes sont rejetés en arrière de la tumeur ; leur aspect est normal. Le ligament rond, du côté droit, pointe le pôle supérieur du lobe droit de la tumeur.

Au cours de la libération de la face antérieure, la vessie est largement ouverte. Le reste de l'extirpation est effectué sans difficultés particulières ; on enlève en bloc la masse fibro-kystique, l'utérus et les annexes.

Suture de la vessie. Péritonisation. Drain. Sonde à demeure.

Suites opératoires excellentes ; sort le 22^e jour.

A l'examen de la pièce opératoire : la tumeur semble avoir pris naissance à partir d'un noyau fibromateux situé à la partie moyenne de la gaine utérine antérieure, avec lequel elle est intimement fusionnée. Mais, laissant l'utérus intact, et le repoussant en arrière avec les annexes, elle s'est développée en avant et sur les côtés, dans l'épaisseur des deux ligaments larges. Cette tumeur est un myome télangiectasique, dans lequel se sont produits des kystes hématiques de volume et de nombre particulièrement importants.

L'examen histologique, pratiqué par M. le Docteur GUIBERT, chef de laboratoire, a porté en plusieurs points :

1^o Au niveau des géodes et des foyers hémorragiques situés à la surface de la tumeur. — En ce point, la

tumeur apparaît comme constituée par des fibres musculaires lisses, non fasciculées, comme l'on a coutume de les observer dans les leiomyomes utérins, mais pour ainsi dire isolées, effilochées. Entre elles, l'intervalle est occupé par des globules rouges. Ceux-ci peuvent arriver à former de vraies suffusions sanguines, qui, en s'étendant davantage, constituent, en provoquant la nécrobiose des fibres musculaires lisses, de véritables géodes.

2° En un point particulier intéressant la paroi du kyste et le tissu tumoral voisin. — La paroi même du kyste est réduite à quelques faisceaux de fibres musculaires lisses. Sa face interne montre, comme la face interne des géodes, que nous avons étudiées plus haut, des fibres musculaires lisses effilochées et baignant au sein d'hématies plus ou moins abondantes. Nous pensons que ce kyste n'est autre chose qu'une géode distendue par le sang mêlé de sérosité.

3° Enfin, en pleine masse fibromateuse, là où la tumeur présentait un aspect blanc nacré. A ce niveau, la tumeur montre l'aspect histologique du leiomyome classique. Toutefois, les faisceaux de fibres musculaires lisses sont moins compacts et même, en ce point central de la tumeur, il existe comme une sorte d'œdème hémorragique naissant.

OBSERVATION VI. — ESTOR, GRYNFELT et AIMES. —

Fibromyome du ligament large. Bulletin de la Société Anatomique de Paris, séance du 30 avril 1921. In thèse VERDIER.

INTERROGATOIRE. — Mlle X..., âgée de 57 ans, vierge,

a été réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans. La ménopause est survenue sans trouble à 45 ans.

La malade a toujours joui d'une bonne santé. Depuis le mois d'octobre 1920, elle perd chaque jour quelques gouttes de sang, et ce sont ces pertes qui la décident à consulter.

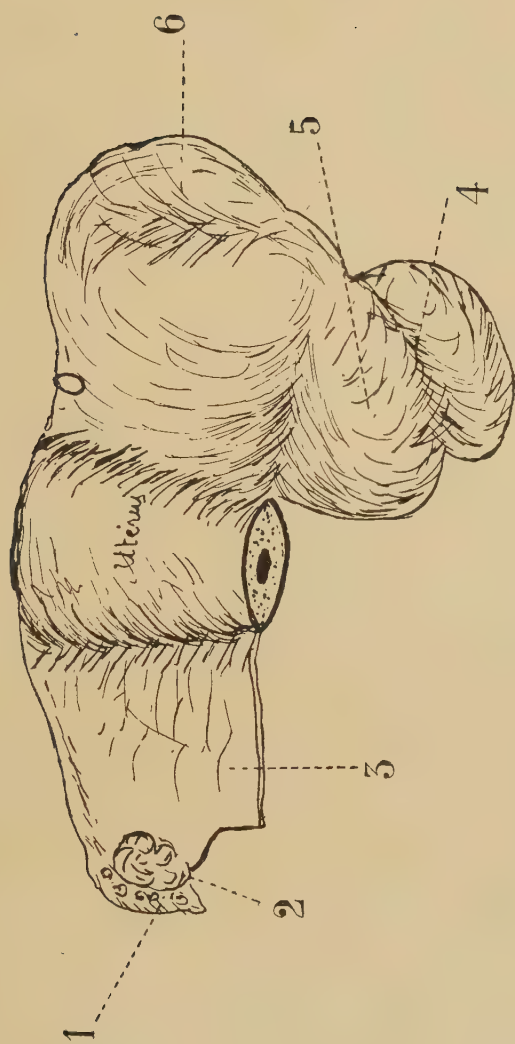
L'interrogatoire ne révèle aucun trouble, aucune douleur.

EXAMEN. — Par le toucher, dans le cul de sac latéral droit et postérieur, on constate la présence d'une tumeur, dure, lisse, paraissant complètement fixée sur l'utérus.

INTERVENTION, le 1^{er} avril 1921. — Hystérectomie abdominale supra-vaginale. Même au cours de l'opération, comme pendant l'examen par l'exploration bimanuelle, la tumeur paraît fixée sur l'utérus. On reconnaît qu'il s'agit d'une tumeur incluse dans le ligament large droit, qu'il faut inciser pour en dégager le fibrome. Celui-ci occupe la situation normale de l'utérus, tandis que ce dernier est refoulé à gauche et appendu à la tumeur comme un petit fibrome sur un fibrome principal.

Suites opératoires normales.

Description de la pièce et de ses rapports avec l'utérus. — La pièce enlevée comprend l'utérus, petit, sectionné au-dessus de l'isthme, avec les annexes gauches intactes ; l'ovaire est petit et scléreux ; on remarque quelques petits kystes de la grosseur d'un grain de chénevis sur le pavillon et sur la face péritonéale de la portion ampullaire de la trompe, kystes blanchâtres au nombre de 4 ou 5.



1. Trompe gauche et micro-kystes. — 2. Ovaire gauche. — 3. Ligament large. — 4. Constriction horizontale. — 5. Lobe postérieur sphérique. — 6. Lobe antérieur pyriforme. — 7. Utérus.

Les annexes droites ont été sectionnées au ras de l'utérus, au cours de l'intervention pour disséquer le ligament large droit, dans lequel se trouvait la tumeur. Celle-ci présente dans son ensemble une forme grossièrement ovoïde, à grand axe antéro-postérieur et à grosse extrémité dirigée en arrière. Elle est bilobée : le bloc antérieur, conoïde, est formé de trois bosselures ; le lobe postérieur est hémisphérique.

La tumeur mesure 10 centimètres dans le sens antéro-postérieur, suivant son grand axe ; elle mesure 6 centimètres suivant son axe transversal.

Sa consistance est dure, fibreuse. Elle est recouverte d'un tissu conjonctif riche en vaisseaux. Il semble même que ce soient ces brides conjonctivo-vasculaires qui déterminent la lobulation de la tumeur, qui paraît comme ficelée, étranglée par ces brides.

Le poids de la tumeur est de 240 grammes.

L'utérus est mobile sur la masse ligamentaire et la coupe macroscopique confirme cette impression : la tumeur est complètement indépendante du muscle utérin, auquel elle n'est reliée que par le feuillet sus-jacent du ligament large, qui passe comme un voile au-dessus des deux formations.

Examen microscopique. — La tumeur est un fibro-myome très riche en fibres musculaires lisses, formant des faisceaux coupés sous diverses incidences et séparés par de larges tractus de tissu conjonctif.

Une coupe totale, comprenant la portion adjacente de l'utérus et la tumeur, a permis de confirmer l'indépendance complète du fibro-myome.

OBSERVATION VII. — DAMBRIN et THOMAS. — Fibrome volumineux inclus dans le ligament large. Hystérectomie ; drainage à la Mikulicz. In Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris », novembre 1929.

INTERROGATOIRE. — Il s'agit d'une femme âgée de 33 ans, qui a eu ses premières règles à 15 ans. Grossesse à 22 ans, accouchement normal, enfant vivant. Il y a trois ans, à l'occasion d'une crise douloureuse de symptomatologie peu précise, la malade est allée consulter un médecin, qui découvre une augmentation de volume de l'utérus. En décembre 1926, cette femme remarque que son abdomen grossit. Ce n'est qu'en novembre 1928 qu'apparaissent les douleurs dans le fond du ventre.

La malade se présente sous l'aspect d'une femme robuste, au teint coloré. Les règles sont un peu plus abondantes qu'autrefois, mais il n'y a jamais eu de véritables métrorragies.

EXAMEN. — *Inspection.* — Elle permet de constater une légère voussure dans la région sus-pubienne.

Palpation. — Elle fait sentir à ce niveau, une tumeur irrégulière, remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, de consistance dure, sur le pôle supérieur de laquelle on sent, en avant et à droite, une masse arrondie, qui paraît être le fond de l'utérus.

Toucher vaginal. — Il montre que la partie inférieure de la tumeur bombe dans le vagin, surtout en arrière et à gauche. Le col est introuvable. Le cathétérisme de la vessie indique que celle-ci est très re-

montée vers le haut. L'urèthre est dirigé presque verticalement.

Les signes de compression sont peu accusés. On note seulement une constipation opiniâtre et de la pollakiurie. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. L'état général est excellent.

On porte le diagnostic de tumeur solide incluse dans le ligament large.

INTERVENTION le 11 janvier 1929. — Anesthésie générale à l'éther. L'intervention, très laborieuse, montre un énorme fibrome intraligamentaire. Les plexus ovariens, très dilatés, ont des veines du volume du petit doigt. La tumeur, développée dans l'épaisseur du ligament large et descendant au fond du bassin dans le Douglas, a refoulé l'utérus de bas en haut et d'arrière en avant. Après ligature des pédicules, énucléation progressive du fibrome et hystérectomie sub-totale. Hémostase pénible. Il persiste au fond du Douglas une large zone cruentée et suintante : péritonisation impossible. On place un tamponnement drainagé à la Mikulicz.

Les suites opératoires ont été parfaites. Guérison sans incident.

La tumeur pèse 2 kilos 150 gr. ; elle semble indépendante de l'utérus, auquel elle est réunie par une mince lame fibreuse. Il s'agit d'un fibrome. On trouve un noyau fibromateux indépendant sur la face postérieure de l'utérus. Ce dernier est placé en avant et en haut par rapport à la tumeur. Les annexes sont normales.

OBSERVATION VIII. — A. GUILLEMIN. — Fibromes isolés du ligament large. Réunion obstétricale et Gynécologique de Nancy. Séance du 18 février 1925. In « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris », 1925.

INTERROGATOIRE. — Mme M..., 32 ans, sans enfant, accuse des douleurs assez vives dans le bas-ventre, s'irradiant dans la région lombaire, particulièrement vives au moment des règles. Celles-ci sont très abondantes, durant huit ou dix jours et revenant chaque trois semaines. Légère leucorrhée.

EXAMEN. — Cette femme est de petite taille, avec adiposité marquée.

Au toucher, on trouve l'utérus déjeté vers la droite, mobile, en légère antéflexion, le cul de sac gauche est libre, mais, à droite, on sent un noyau dur, fibromateux, situé au niveau de l'isthme. Le palper bimanuel fait percevoir le pôle supérieur de cette masse par la palpation de la paroi. Elle donne l'impression d'une certaine mobilité, assez douloureuse.

Pas de troubles urinaires. Constipation habituelle.

INTERVENTION. — La malade est opérée le 20 septembre 1923 : laparotomie sous-ombilicale médiane. L'ovaire droit est kystique, à contenu hématique. La trompe le cravate par dessus et lui adhère. Résection de ce kyste, qui est en partie intraligamentaire, et du tiers externe de la trompe.

En poursuivant l'exploration, on vérifie que l'utérus est libre, mais, à la base du ligament large, on sent deux masses dures, l'une, inférieure, du volume

d'une noix, l'autre, de la grosseur d'un œuf, situées tout à fait à la base de ce repli péritonéal et indépendantes du col utérin.

Le ligament large est dédoublé et on énuclée les deux noyaux fibromateux, après avoir lié les différents pédicules et écarté soigneusement l'uretère situé à la face inférieure. Ces fibromes se trouvaient dans une atmosphère celluleuse, d'où l'énucléation fut aisée.

Capitonnage du ligament large, avec hémostase soigneuse.

A la coupe, ces masses présentent l'aspect du fibrome.

OBSERVATION IX. — DÉLÉPINE. — Fibrome du ligament large coexistant avec un utérus fibromateux. « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris », 1921.

Mme R..., ménagère, m'est adressée jeudi dernier, par un de nos confrères, praticien averti, qui avait été consulté, pour la première fois, la semaine précédente. Voici l'histoire clinique de cette malade :

INTERROGATOIRE. — C'est une personne âgée de 45 ans. Son père est mort de bacillose laryngée ; sa mère vit encore et est bien portante. Deux frères et une sœur en bonne santé. Elle a eu deux enfants ; l'un est actuellement âgé de 19 ans ; l'autre est morte à 7 ans, de méningite. Les grossesses et les accouchements n'ont rien présenté d'anormal. Pas de fausse

couche. Régulée régulièrement depuis l'âge de 15 ans ; actuellement encore, les règles reviennent toutes les quatre semaines et durent trois jours.

Depuis six mois, Mme R... souffre du bas-ventre. A l'ordinaire, les douleurs ne sont pas vives ; elles ont leur maximum du côté gauche du bassin et s'accompagnent d'irradiation dans la cuisse et les reins du même côté. Deux fois, en mars et en mai 1921, la malade a été prise brusquement, au moment des règles, d'une douleur très violente, toujours du côté gauche. La souffrance à ce moment, s'est montrée telle qu'il en est résulté une syncope. Pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre au moment des crises. Jamais de fièvre. L'accalmie survenait au bout de quelques heures, sous l'influence du repos et d'applications chaudes. Depuis trois ou quatre mois, l'abdomen a légèrement augmenté de volume. Jamais d'hémorragies ni de leucorrhée. Les fonctions intestinales et urinaires s'accomplissent normalement. L'état général n'est pas sensiblement altéré ; la malade, qui a toujours été maigre et nerveuse, se plaint seulement d'une fatigue assez marquée le soir.

EXAMEN. — Etat général bon. Pouls et température normaux. Cœur et poumons sains ; urines ne contenant aucun élément pathologique.

A l'inspection, il n'y a rien à signaler qu'une légère voussure abdominale, qui fait bomber la région de la fosse iliaque gauche, et dépasse légèrement la ligne médiane. La peau a sa coloration normale, et il n'y a pas de dilatation veineuses superficielles.

La palpation n'est pas douloureuse. Elle permet de découvrir, du côté gauche, une masse arrondie, assez

régulière, de consistance ferme, qui remonte jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. En dedans, elle débordé la ligne médiane, de 2 ou 3 centimètres. Au niveau de la fosse iliaque droite, on perçoit une seconde masse, de la grosseur d'un œuf, de même consistance, séparée de la première par une dépression profonde. Cette seconde masse paraît un peu mobile, la première ne se laissant déplacer dans aucun sens. Matité dans toute la partie inférieure gauche du ventre.

Le toucher, combiné au palper abdominal, donne des résultats fort intéressants. Le vagin ne présente rien d'anormal. Pour trouver le col utérin, qui, lui non plus, n'offre aucune particularité, il faut pénétrer assez profondément et se diriger nettement vers la droite. A ce moment, il est facile de se rendre compte que l'utérus est tout entier refoulé vers la droite ; il est un peu gros, et c'est son fond, très consistant, qui constitue la petite masse signalée plus haut, vers la fosse iliaque droite. Cet utérus est tout à fait mobile ; on le soulève sans difficulté et sans éveiller la moindre sensation douloureuse. Les annexes droites sont inaccessibles.

D'autre part, on trouve, dans le cul de sac latéral gauche, une tumeur qui occupe presque toute la cavité pelvienne et fait corps avec la production perçue à travers la paroi abdominale. Cette tumeur, qui présente le volume d'une tête d'enfant, est légèrement irrégulière ; elle est très ferme, avec des points moins consistants. Pas de fluctuation. D'une fixité à peu près complète, elle est nettement indépendante de l'utérus

qui « joue » sur elle avec la plus extrême facilité. L'exploration ne provoque aucune douleur.

Diagnostic. L'inclusion intra-ligamentaire ne pouvait faire de doute: le refoulement de l'utérus, la fixité de la masse, etc... avaient permis au médecin de Mme R... d'affirmer cette localisation. La consistance plutôt dure de la tumeur suffisait à éliminer toutes les productions kystiques du ligament large ; on ne pouvait s'arrêter un instant à l'hypothèse de pyosalpinx ou de grossesse tubaire. Les crises douloureuses, signalées dans l'observation, pouvaient faire pencher vers le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire, à pédicule tordu, fixée et enclavée dans le petit bassin.

C'est, avec celle de fibrome du ligament large, l'hypothèse que nous avons adoptée ; l'utérus était tellement mobile que nous n'avions pas cru pouvoir admettre le diagnostic de fibrome utérin pédiculé.

OPÉRATION le 18 juin 1921. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Immédiatement je tombe sur une tumeur nettement incluse dans le ligament large gauche, refoulant vers la droite l'utérus, qui en est absolument indépendant. Le ligament rond et la trompe croisent la face supérieure de la masse néoplasique. Le fond utérin est occupé par un noyau fibromateux appréciable. Dans ces conditions, je n'hésite pas à faire d'abord une hystérectomie sub-totale de droite à gauche, ce qui permet d'accéder à la face interne de la tumeur, qui est séparée du bord de l'utérus par un grand travers de doigt. Le ligament rond et le pédicule utéro-ovarien du côté droit sont pincés et sectionnés ; le ligament large est ouvert transversalement. A la compresse et aux ci-

seaux mousses, il est facile, le plan de clivage ayant été trouvé, de dégager la face antérieure de la tumeur, que l'on peut enfin faire basculer vers le haut, en s'aidant de puissantes tractions, avec des pinces de Museux. De gros vaisseaux veineux rampent dans l'épaisseur de la celluleuse. Je redouble de précautions au moment de libérer, de bas en haut, la face postérieure de la tumeur, en raison du voisinage de l'uretère, que l'on aperçoit par transparence, sur tout son trajet pelvien. La loge pelvienne, vidée de son contenu, est tamponnée fortement, pendant que je procède à la fermeture du col et aux ligatures des troncs artériels. Péritonisation complète et facile, suture de la paroi en trois plans, sans drainage.

Examen de la pièce. Il s'agit d'un fibrome pur, avec certaines parties œdémateuses et quelques petites productions kystiques. Ce fibrome est très nettement encapsulé ; on ne trouve pas de trace de pédicule le reliant à l'utérus. Celui-ci est un peu volumineux. Petit fibrome, du volume d'une noix, au niveau du fond ; ça et là, dans l'épaisseur du muscle utérin, quelques petits noyaux fibromateux ; pas de fibrome sous-muqueux.

Conclusions. — Diagnostic assez facile à faire. Il est plus difficile d'interpréter les deux crises douloureuses, évoquant l'idée de torsion du pédicule.

Intervention facile : pas d'adhérences importantes, d'où énucléation peu laborieuse. L'hystérectomie première a bien facilité la besogne.

OBSERVATION X. — DESCOMPS et HUC. — Fibrome du ligament large. In « Gynécologie », février 1920.

Mme ..., blanchisseuse, âgée de 45 ans, entre au Pavillon Jamain, le 30 juin 1919 (Hôpital St-Louis).

INTERROGATOIRE. — Aucun passé pathologique.

Réglée à 15 ans, normalement réglée. Règles durant cinq jours, sans aucune variation, jusqu'à l'époque de l'intervention qui nous occupe.

Cinq enfants bien portants ; une fausse couche entre le deuxième et le troisième enfant. En février 1918, la malade eut la grippe.

A l'occasion de cette grippe, elle fit appeler un médecin, qui, à l'examen du ventre, fut frappé par son volume anormal et procéda au toucher gynécologique. Il fit le diagnostic de fibrome utérin volumineux et conseilla l'exérèse.

Depuis que la malade eut l'attention attirée sur l'existence de ce fibrome, il semble qu'elle ait accusé quelques douleurs lombaires et des sensations de pesanteur dans le bas-entre.

Pas de troubles de la miction ni de la défécation.

EXAMEN. — A son entrée à l'hôpital :

Malade d'aspect général excellent ;

Aucun trouble organique.

Le *palper* du ventre permet de sentir une tumeur dure, saillante, dans la fosse iliaque droite surtout ; mais tumeur qui n'est pas appréciable à la vue. L'exploration méthodique permet de se rendre compte qu'elle intéresse tout le petit bassin, mais qu'elle est

plus développée à droite, au-dessus, vers la fosse iliaque.

Au *toucher vaginal*, une énorme masse dure remplit le cul de sac postérieur et les culs de sac latéraux. Le col utérin, petit, est collé contre le pubis et très haut situé, presque inaccessible au doigt.

Le diagnostic posé est celui de fibrome utérin.

INTERVENTION le 5 juillet 1919.

Laparotomie para-médiane, sous-ombilicale. L'utérus, un peu augmenté de volume, est reporté dans la fosse iliaque gauche, avec les annexes gauches complètement déjetées.

La totalité du petit bassin et une grande partie du grand bassin sont remplis par une énorme tumeur multilobée, dont le volume atteint environ celui de deux têtes d'adulte. Cette tumeur présente en surface des portions molles, et, plus profondément, des portions semi-molles et des portions dures ; en définitive, elle a les apparences d'un fibrome dégénéré ou d'un kyste. Toutefois, une ponction exploratrice au point culminant ne ramène pas de liquide.

Hystérectomie sub-totale de gauche à droite ; mais, après section du col, il est impossible de repérer à droite le pédicule utérin très fourni en veines, très élargi et qui saigne abondamment ; on est forcé de reprendre le décollement de la tumeur de droite à gauche, en cherchant, mais sans le découvrir, l'uretère. Sous le péritoine du ligament large, on décolle la tumeur en la rasant d'aussi près que possible, et on peut enfin l'énucléer, portion pelvienne et portion abdominale.

Il n'a pas été possible de repérer, au moment du décollement, l'extrémité de la trompe droite et de l'ovaire. Dans la surface décollée, on a pu repérer en revanche l'uretère complètement disséqué. Il semble que ce fibrome se soit développé aux dépens de la partie supérieure du ligament large, car la surface cruentée ne montre pas des organes disséqués jusqu'au périnée, comme on le voit presque toujours dans les kystes typiques du ligament large.

Section du pédicule utéro-ovarien droit, du ligament rond, et enfin du pédicule utérin, ce dernier très large et très fourni.

Hystérectomie sub-totale très près du vagin, le col et le vagin, très étirés vers l'abdomen et fortement allongés.

Six ligatures typiques. Péritonisation complète. Drain de sûreté. Suture de la paroi en un plan par fils métalliques.

Durée de l'intervention : 50 minutes.

Description de la tumeur : La masse pèse près de six kilogrammes.

1° Elle est composée d'une grosse masse antérieure, dont le point culminant saillant à droite, sous le ligament rond, donne une impression nette de rénittance pseudo-kystique, ce qui explique qu'une ponction exploratrice fut tentée à ce niveau, au début de l'intervention, l'opérateur pensant à l'existence d'un kyste du ligament large. Cette masse mamelonnée, avec grand axe vertical, répond à la partie antérieure du bassin, et un segment inférieur situé dans la déclivité du bassin y est enclavé.

2° En arrière de cette masse, profondément situées sous les annexes droites, qu'on découvre et qu'on isole, se trouvent une série de masses mamelonnées de petit volume, relativement à la grosse masse précédente.

3° En arrière de cette seconde masse, au devant du sacrum, dans la cavité pelvienne haute, se trouve une troisième masse arrondie, de volume moyen, intermédiaire entre les masses précédemment décrites.

L'examen histologique pratiqué par M. R. LEROUX, a montré qu'il s'agissait d'un « fibrome œdémateux sans figures histologiques de malignité et surtout sans éléments pouvant faire penser à des débris de corps embryonnaires ».

Suites opératoires. — Tout à fait bénignes. La malade sort un mois après l'intervention complètement guérie. Elle a été revue trois mois après, en très bonne santé.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les causes qui régissent l'apparition des fibromes primitifs inclus dans les ligaments larges, sont encore assez mal connues ; le champ est ouvert à un certain nombre d'hypothèses : virginité, excitations locales ou générales, infection, arthritisme, etc... D'ailleurs, ces considérations ne sont pas particulières aux fibromes originaires du ligament large et s'appliquent aussi bien aux fibromes utérins.

La Pathogénie des fibromes primitifs intra-ligamentaires a été longtemps discutée. Ce fut SANGER qui, le premier, en 1880, constatant l'existence indiscutable de tumeurs fibreuses des ligaments larges absolument indépendantes de l'utérus, eut l'idée de rattacher leur origine aux fibres musculaires lisses décrites par ROUGET. Cette théorie, reprise depuis par nombre d'auteurs, est actuellement accréditée. Pourquoi un fibrome ne pourrait-il pas naître du tissu musculaire du ligament large, puisque partout, dans l'organisme, où il existe des fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif, on peut voir se développer une tu-

meur fibreuse ? Ne trouve-t-on pas des fibromes du scrotum et des grandes lèvres, de l'œsophage, des parois de l'estomac, de la vessie, de la prostate ? Il n'y a pas de raison pour que les ligaments larges fassent exception.

Ces fibres musculaires lisses ont été décrites par ROUGET à propos de ses recherches sur les organes érectiles de la femme et sur l'appareil musculaire tubo-ovarien, dans le « Journal de la physiologie de l'homme et des animaux », en 1858. Elles tapissent la face profonde des deux feuillets péritonéaux qui constituent le ligament large. Provenant de la couche superficielle de l'utérus, au même titre que le ligament rond et le ligament utéro-sacré, elles sont diversement entrecroisées, mais affectent pour la plupart une direction transversale. Elles existent dans toute la hauteur du ligament large, mais sont beaucoup moins nombreuses dans l'aileron supérieur. Aussi les fibromes de cette région sont-ils moins fréquents que ceux développés dans la base même des ligaments.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'entreprendrons pas ici une étude détaillée de l'anatomie pathologique proprement dite, des fibromes primitifs intra-ligamentaires ; ils peuvent avoir toutes les formes et toutes les dimensions, bien qu'on les voit rarement atteindre les proportions énormes de certains fibromes utérins. Ils ont également ceci de particulier qu'en raison de leur tendance à la transformation kystique, leur consistance n'a pas toujours la fermeté des fibromes de l'utérus ; ils se ramollissent parfois et peuvent même devenir fluctuants : leur analogie avec les kystes de l'ovaire est alors telle que le chirurgien s'en tient presque toujours à ce dernier diagnostic.

Lorsque ces masses acquièrent un volume considérable, lorsqu'elles s'enclavent et surtout quand leur consistance faiblit, elles peuvent perdre la régularité de leur surface et conserver l'empreinte des saillies osseuses ou des tractus conjonctivo-vasculaires qui les compriment ; on rencontre ainsi des tumeurs multi-

lobées, comme celles dont ESTOR, GRYNFELT et AIMES rapportent l'observation (obs. VI).

Enfin, si les fibromes sont généralement uniques, il existe cependant des cas où les ligaments larges renferment plusieurs noyaux fibreux. GUILLEMIN (Obs. VIII) en énucléa deux, noyés dans l'atmosphère celluleuse du ligament large droit.

Mais cette étude anatomique tire son intérêt de certains caractères plus particuliers aux fibromes primitifs : d'abord l'origine de ces tumeurs dans le tissu cellulaire lâche du ligament large, puis leur évolution anatomique et leurs transformations histologiques, leurs connexions péritonéales et vasculaires, enfin les rapports qu'elles contractent avec les organes voisins.

ORIGINE DES FIBROMES PRIMITIFS

Nous savons que les ligaments larges sont constitués par deux feuillets séreux doublés profondément par la trame musculaire de ROUGET, et qu'entre ces deux lames s'étale une nappe de tissu cellulaire lâche au sein de laquelle se développent les fibromes inclus.

Ces tumeurs peuvent siéger indifféremment dans le mésométrium, ou base des ligaments larges, ou bien dans le mésosalpinx ; en réalité, en raison de la plus grande abondance des fibres musculaires dans la partie inférieure du ligament large, les fibromes d'origine basse nous paraissent être les plus fréquents.

Fibromes d'origine basse, dits de l'Etage inférieur.
— Ils sont situés au sein d'une abondante atmosphère de tissu cellulaire lâche, dans une zone pyramidale, à sommet supérieur, limitée en dedans par l'utérus, en haut par le mésosalpinx, en bas par le plancher pelvien. Du fait de leur accroissement, ils écartent leur loge ligamentaire, qui se distend progressivement. On pourrait s'étonner du développement que prennent ces

feuilletés péritonéaux tendus de plus en plus par la masse croissante des tumeurs. C'est qu'il ne s'agit pas là d'un phénomène purement mécanique. Les fibres musculaires lisses de ROUGET participent à ce processus en s'hypertrophiant, absolument comme le fait le muscle utérin au cours de la grossesse. LUSCHKA, dans son anatomie humaine, écrivait : « ces faisceaux musculaires rayonnent de la substance de l'utérus, transversalement, entre les feuillets du ligament large, augmentent pendant la grossesse, mais peuvent aussi, dans d'autres circonstances, prendre un développement important ». Du fait de cette hypertrophie, la distension ligamentaire peut être poussée à l'extrême : la tumeur reste toujours incluse dans les deux feuillets ligamentaires : c'est un *fibrome interstitiel* (STROECKER).

Fibromes d'origine haute, dits de l'Etage supérieur.

— Ils prennent naissance dans le mésosalpinx, ou à la partie supérieure du mésométrium. Dans cette zone haute du ligament large, les fibres de ROUGET sont beaucoup moins abondantes qu'à la base du ligament. La musculature ne réagit pas contre la distension progressive qu'une tumeur incluse impose aux feuillets péritonéaux qui la renferment : elle soutient mal le fibrome.

STROECKER, dans sa thèse, a bien mis en évidence cette particularité : « Si le fibrome a un volume moyen, si la résistance des ligaments dans lesquels il a acquis droit de cité est suffisante, il restera comme en équilibre sans proéminer plus dans le versant antérieur que dans le postérieur. Mais certaines tumeurs, s'autorisant de la laxité de leur organe de suspension,

prennent un développement plus accusé, soit en avant soit en arrière, font hernie dans le ligament, obéissent aux lois de la pesanteur, et, profitant probablement de la situation de l'utérus, en antéverson ou rétroversion, se coiffent de péritoine et se pédiculisent, soit en avant, soit en arrière ».

Ainsi, les fibromes hauts du ligament large ont *tendance à se pédiculiser*. Ce n'est pas là une loi absolue : nombre de tumeurs hautes intra-ligamentaires demeurent interstitielles, comme celle qui fut opérée par le Professeur LAPEYRE, en mars dernier, et dont nous avons rapporté plus haut l'observation (Obs. I). Mais il n'en demeure pas moins vrai qu'on trouve dans la littérature médicale des cas de fibromes pédiculés : ce sont surtout ceux qui naissent dans l'aileron supérieur du ligament large, véritables *polypes*, comme les appelle STROHEKER. Cet auteur en avait déjà relevé 13 cas dans sa thèse. Après lui, parurent les observations de DELETTREZ (Société Belge de Chirurgie, 1902), de MARTIN (Congrès de Gynécologie de Kiel, 1905), de GODLEWSKI (Obs. II et III), ces deux dernières étant particulièrement intéressantes en raisons de l'apparition d'une complication assez rare, puisqu'à notre connaissance, elle n'a été signalée que deux fois, par Von GUÉRARD (1894) et CULLINGWORTH (1896) : la torsion du pédicule. Nous reviendrons plus loin sur cet accident.

EVOLUTION ANATOMIQUE

Si nous avons un peu insisté sur l'origine haute ou basse des fibromes primitifs intraligamentaires, c'est parce que leur évolution anatomique ultérieure est généralement fonction de leur siège initial.

FIBROMES DE L'ÉTAGE SUPÉRIEUR.

Les fibromes de l'étage supérieur ont, en général, une *évolution abdominale*. Ils finissent par acquérir un volume considérable ; on peut les voir remonter jusqu'au-dessus de l'ombilic et atteindre quelquefois l'appendice xyphoïde. Celui dont LAPEYRE et H ESTOR rapportent l'observation, sans être de dimensions énormes, dépassait la symphyse pubienne de 31 centimètres.

Lorsque le fibrome est relié au ligament large par un pédicule, celui-ci peut *se tordre*. C'est là, je le répète, une éventualité assez rare. Dans le premier cas de GODLEWSKI, le pédicule présentait deux torsions très nettes, et la tumeur examinée histologiquement

renfermait de nombreux foyers de nécrose : la raison en était dans ce fait que la circulation dans le pédicule avait été complètement interrompue par la torsion.

Quand celle-ci est légère, la circulation veineuse seule est entravée. Le fibrome devient alors œdémateux et, partant, accroît rapidement son volume (Observation de CULLINGWORTH, in thèse STROHEKER).

Quant aux causes de cette complication, elles demeurent fort obscures. La puerpéralité, en modifiant la statique abdominale, peut incontestablement entraîner la torsion d'un fibrome intraligamentaire pédiculé ; mais cette cause n'a pu intervenir dans aucun des cas que nous connaissons jusqu'à maintenant ; nous ne pouvons donc que nous en tenir à des hypothèses.

Le pédicule d'un fibrome intra-ligamentaire peut-il se rompre ? Peut-être. C'est là également une hypothèse, logique si l'on veut, mais que la pratique n'a pas encore permis de vérifier. Elle expliquerait bien cependant, comme l'écrit DENIKER dans sa thèse, l'origine du fibrome trouvé libre dans la cavité abdominale par DELAUNAY (1).

FIBROMES DE L'ÉTAGE INFÉRIEUR.

Les fibromes de l'étage inférieur ont d'abord une *évolution pelvienne*. Ils soumettent leur loge ligamentaire à une surdistension progressive ; lorsque la limite d'écartement des feuillets péritonéaux est atteinte, ils progressent en décollant le péritoine viscéral, dans

(1) DELAUNAY. Bull. et Mens. soc. anat., Paris 1902.

les espaces où le tissu cellulaire sous-séreux est suffisamment lâche pour permettre ce décollement.

Quels sont donc ces espaces décollables vers lesquels doit se faire l'accroissement de tout fibrome intraligamentaire ?

En haut, le fibrome voit son développement arrêté par la résistance du mésosalpinx. En effet, une tumeur dont l'origine est à la base du ligament large, ne peut jamais pénétrer dans le mésosalpinx ; même les plus gros fibromes intraligamentaires ne peuvent vaincre la résistance de ce ligament. ALBAN DORAN avait déjà insisté sur cette particularité. En 1899, il écrivait qu'un chirurgien ne devait jamais oublier la signification du *mésosalpinx* intact en haut de la tumeur (2). Si l'on trouve, à l'opération ou à l'autopsie, les feuillets de ce ligament écartés par une tumeur incluse, c'est que celle-ci provient de l'ovaire, du parovaire, de la trompe ou des muscles lisses du mésosalpinx, mais certainement pas de la base des ligaments larges.

Donc l'accroissement sous-péritonéal du fibrome est limité en haut par le mésosalpinx. D'autre part, en bas, le plancher pelvien lui oppose un obstacle infranchissable ; en dedans, l'utérus, d'abord refoulé du côté opposé à l'inclusion, finit par bloquer la tumeur. Cet accroissement va donc se faire en dehors et en haut, vers la fosse iliaque ; — en avant vers la vessie ; — en arrière vers le rectum.

FORGUE et CROUSSE, en 1925, ont bien précisé les diverses phases de cette évolution. Tantôt, de l'espace

(2) A. DORAN. Transact of the obstetric Society, 1899. In thèse STROHEKER.

para-utérin, siège initial de l'inclusion, la néoplasie remonte le long des vaisseaux hypogastriques, franchit le détroit supérieur et envahit la fosse iliaque. Elle peut même, si elle est assez molle, s'extérioriser vers la fesse en empruntant l'échancrure sciatique, comme ROUTIER (1) et plus tard BRIN (2), le rapportent dans deux curieuses observations. Mais c'est là, malgré tout, une éventualité exceptionnelle.

Si la tumeur se développe surtout en avant, elle s'insinue dans la zone sous-séreuse para-vésicale, prenant contact avec la vessie qu'elle refoule, comme l'utérus, du côté opposé. Elle se coiffe de la séreuse, efface le cul de sac vésico-utérin, et, finalement, dépouille la vessie de son revêtement péritonéal ; ce décollement en sous-séreuse peut remonter jusqu'à l'ombilic.

Ces fibromes antérieurs, très exceptionnellement, peuvent pousser des prolongements dans les orifices naturels de la paroi. KRONLEIN (3) publie, en 1877, le cas d'un fibrome mou, extra-péritonéal, remplissant la plus grande partie du grand et du petit bassin et envoyant deux prolongements du volume d'une tête d'adulte, qui sortent, l'un par le périnée, l'autre par l'anneau crural. THORN, en 1900, rapporte un cas de fibrome intraligamentaire, sans connexion avec l'utérus, qui se prolongeait par un pédicule jusque dans le canal inguinal.

(1) In Thèse STROHEKER.

(2) Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.

(3) In Thèse STROHEKER.

Si le fibrome, distendant surtout le feuillet postérieur du ligament large, tend à se développer en arrière, il commence d'abord par effacer le cul de sac de Douglas. S'il continue à s'accroître, on le voit à gauche, décoller le péritoine du colon sigmoïde et même du colon descendant. Si son évolution se fait surtout vers la droite, il peut dédoubler le méso-cæcum et le méso-appendice ; — véritable fibrome rétro-péritonéal, il contracte alors avec l'intestin, comme nous le verrons plus loin, des rapports tellement intimes qu'ils constituent une réelle difficulté opératoire.

Donc, nous pouvons décrire deux phases dans l'évolution anatomique des fibromes de la base ; une première phase pelvienne, une deuxième abdominale. Mais cette évolution n'a rien de fatal ; certains fibromes durs, généralement à lobes multiples, ayant tendance à s'insinuer dans les anfractuosités du petit bassin, bridés en haut par le ligament large, ne peuvent pas franchir le détroit supérieur et *s'enclavent* dans le pelvis. C'est là une complication qu'il faut connaître en raison de l'intensité des phénomènes de compression qui dominent le tableau clinique et aussi à cause de la conduite de l'intervention.

TRANSFORMATIONS HISTOLOGIQUES

Les fibromes primitifs des ligaments larges ont une structure à peu près analogue à celle des fibromyomes utérins. Cependant les faisceaux de fibres musculaires lisses y sont, en général, moins compacts, tandis qu'au contraire la trame conjonctivo-vasculaire y est plus abondante.

Mais l'intérêt de l'étude histologique des fibromes primitifs inclus, réside surtout dans la tendance qu'ils ont à *s'infiltrer d'œdème* et à subir la *transformation kystique*.

Sur les coupes qui furent faites dans les fibromes dont nous avons rapporté plus haut les observations, l'examen histologique révèle très souvent un degré plus ou moins accusé de dégénérescence œdémateuse (Obs. I, II, V, IX, X). Cette transformation s'expliquerait par une fragilité vasculaire particulière, avec transudation lente de sérosité, infiltration œdémateuse du tissu conjonctif et dissociation des faisceaux musculaires lisses. Un stade de plus, et ces transudats, —

dans lesquels le microscope permet de déceler des globules rouges, et qui, quelquefois même paraissent constitués par du sang à peu près pur, — ces transudats vont, en s'infiltrant de plus en plus, entraîner la nécrobiose des fibres musculaires lisses et creuser ainsi de véritables géodes à l'intérieur de la masse néoplasique.

Ces géodes, en s'accroissant, en se fusionnant, vont former une cavité plus grande, un kyste, à contenu séro-hématique le plus souvent, de consistance molle et quelquefois fluctuante, dernière étape de cette imprégnation œdémateuse du fibrome. Ces trois étapes se retrouvent très nettement dans les coupes du fibrome opéré par RICHE et FAYOT (Obs. V.).

En dehors de cette transformation œdémateuse et kystique qui leur est plus particulière, les fibromes primitifs du ligament large peuvent subir toutes les dégénérescences communes à tous les fibromes utérins. Nous insisterons cependant sur la *transformation calcaire*, parce qu'elle nous paraît plus spéciale aux fibromes primitifs.

En effet, STROHEKER, dans sa thèse, où il rapporte 204 observations de fibromes intraligamentaires, n'a relevé que 4 fibromes calcifiés, dont trois paraissent nettement indépendants de l'utérus. Ce sont les cas de BOUSSI (Bull. Soc. Anat., Paris, 1890), de FÆRSTER (1891), de WATHEN (Revue générale de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, 1893). Dans cette dernière observation, les signes fonctionnels : douleur continue au niveau du rectum, rendue intolérable par la défécation... firent d'abord penser à une affection rectale, mais le toucher vaginal démontra facilement

l'existence d'une tumeur mobile et dure dans le cul de sac de Douglas. L'opération fit cesser tous ces symptômes pénibles. Quant à la pathogénie de cette transformation, elle est encore fort obscure ; peut-être s'agit-il d'une diminution dans l'apport sanguin ; mais la cause vraie de ce trouble de vascularisation nous est inconnue.

CONNEXIONS

1° AVEC LE PÉRITOINE DES LIGAMENTS LARGES.

Nous avons vu, au cours de l'étude de l'évolution des fibromes primitifs du ligament large, que ceux-ci, quelle que soit leur situation, sont toujours recouverts par les feuillets péritonéaux.

Dans les cas les plus favorables, il existe entre la surface de la tumeur et son revêtement péritonéal, une nappe plus ou moins abondante de tissu cellulaire lâche, véritable zone décollable grâce à laquelle le péritoine, parfaitement mobile sur le fibrome sous-jacent, peut-être séparé très facilement de celui-ci : *l'énucléation* de la tumeur est alors une opération très facile.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Parfois, en vertu d'un processus inflammatoire, il se produit entre le néoplasme et son enveloppe des adhérences telles que l'énucléation de la tumeur devient une manœuvre très laborieuse, et souvent même impossible. Dans l'observation que RICHE, FAYOT et LAUX

rapportèrent à la réunion d'Obstétrique et de Gynécologie de Montpellier, en février 1930, il est question d'un fibrome qui adhéraît non seulement au péritoine, mais aussi à la paroi abdominale antérieure : complication rarement signalée. L'adhérence était tellement intime que, pour pénétrer dans la cavité péritonéale, on fut obligé de sectionner l'aponévrose postérieure, puis le péritoine, au-dessus du pôle supérieur de la tumeur.

2° AVEC LES VAISSEAUX DES LIGAMENTS LARGES.

Cette zone celluleuse, qui sépare la tumeur de son enveloppe, est généralement sillonnée de vaisseaux ectasiés. Ce sont des vaisseaux veineux des ligaments larges, qui prennent un développement énorme, atteignant le volume d'un petit doigt et même davantage. On voit ces vaisseaux dilatés s'étaler à la surface de la pièce opératoire (voir photographie), constituant un véritable varicocèle des ligaments larges ; — et l'on conçoit aisément la gêne qu'une telle vascularisation apporte à l'acte opératoire. En fait, les hémorragies sont loin d'être rares ; elles constituent une des complications les plus fréquentes au cours de l'intervention.

RAPPORTS

Du fait de la présence et du développement d'un fibrome primitivement inclus dans les ligaments larges, les organes pelviens subissent dans leur *situation* des modifications importantes et contractent avec la tumeur des *connexions* qu'il est capital de connaître, surtout en vue de la technique opératoire.

1° UTERUS

Situation. — L'utérus, constituant la paroi interne de la loge dans laquelle se développent les fibromes interstitiels du ligament large, va voir sa situation modifiée du fait de l'accroissement de ces tumeurs. S'agit-il, par exemple, comme dans l'observation de RICHE et FAYOT (Obs. V), d'un volumineux fibrome du ligament large gauche, qui s'accroît surtout en avant, décollant le péritoine vésical et remontant jusqu'à l'ombilic, on trouve alors un utérus rejeté à droite et repoussé en arrière de la tumeur. Dans les fibromes du ligament large droit, au contraire, l'utérus est refoulé à gauche. Il sera déjeté en avant si l'évolution

du néoplasme a tendance à se faire surtout en arrière: DAMBRIN et THOMAS, dans l'observation que nous avons rapportée plus haut (obs. VII) ont trouvé l'utérus au devant de la tumeur.

En général, l'utérus, solidaire du fibrome par l'intermédiaire des ligaments larges, suit, de loin, le mouvement ascensionnel de la tumeur. Le col, lui aussi, est attiré et allongé, d'où la difficulté que l'on éprouve quelquefois à le percevoir par le toucher vaginal. Dans l'observation de LAPEYRE et ESTOR (Obs. I), le col utérin était difficilement perceptible et ne faisait au fond du vagin qu'une saillie absolument minime. Cependant, et c'est là un fait important, les fibromes utérins secondairement inclus dans les ligaments larges, élèvent toujours l'utérus beaucoup plus haut qu'un fibrome primitif, indépendant de l'organe.

Quant aux fibromes de l'étage supérieur, à évolution abdominale, surtout s'ils sont pédiculés, ils ne modifient que très peu ou même pas du tout, la situation de l'utérus, dont ils sont suffisamment éloignés. On découvre alors les organes pelviens enfouis sous la masse tumorale.

Connexions. — Les fibromes primitifs n'ont aucun rapport de continuité avec l'utérus. Mais ils peuvent adhérer à lui, au point que le chirurgien est souvent obligé d'enlever en bloc l'utérus et la tumeur.

Dans nombre de cas, l'utérus est sain et parfaitement normal comme volume et comme forme, mais il n'est pas rare de voir cet organe atteint lui aussi de fibromatose. STROHEKER, dans sa thèse, sur 48 cas de fibromes primitifs où l'état de l'utérus était men-

tionné, rapporte que 29 fois cet organe était hypertrophié, avec noyaux fibreux interstitiels ou agrandissement de la cavité utérine. Nous relevons dans notre travail l'observation de DESCOMPS et HUC (Obs. X), qui mentionne un utérus un peu augmenté de volume, et le cas de DÉLÉPINE (Obs. IX), où le fond utérin était occupé par un gros noyau fibromateux.

2° TROMPES ET OVAIRES

La trompe, généralement hypertrophiée et allongée, cravate la masse tumorale. Lorsque la tumeur s'est développée primitivement dans le mésosalpinx, elle est en contact intime avec la trompe, qui est appliquée sur elle, sans interposition de péritoine. Au contraire, si le fibrome provient de la base des ligaments larges, comme son pôle supérieur ne pénètre pas dans le mésosalpinx, la trompe est, de ce fait, moins directement influencée.

Les ovaires sont normaux. Cependant, et bien que cela ne soit pas la règle, on peut constater des lésions tubo-ovariennes associées. Ainsi, dans l'observation de ESTOR, GRYNFELT et AIMES (Obs. VI), il est mentionné que du côté opposé à la tumeur, l'ovaire était petit et scléreux, et que des kystes blanchâtres, de la grosseur d'un grain de chénevis s'observaient sur le pavillon et sur la face péritonéale de la portion ampullaire de la trompe.

3° VESSIE

Lorsque la tumeur s'insinue dans la zone sous-séreuse para-vésicale, elle prend contact avec les faces

latérales de la vessie qu'elle repousse, comme l'utérus, du côté opposé. Encore plus que l'utérus, la vessie est attirée en haut par le fibrome montant vers l'abdomen. C'est là un point d'une importance capitale : les fibromes utérins occasionnent bien ces élévations anormales de la vessie, mais plus que toutes les autres, les tumeurs intraligamentaires réalisent ces étirements qui reportent le sommet de la vessie quelquefois plus haut que l'ombilic.

La vessie s'aplatit alors au devant de la tumeur ; réduite à un simple repli, sans aucune épaisseur, elle peut passer inaperçue et devient alors d'autant plus vulnérable que dépouillée de son péritoine, en contact intime avec le fibrome, elle peut contracter avec lui des adhérences qui constituent une réelle difficulté opératoire.

A ce propos, nous avons rapporté plus haut deux intéressantes observations. Dans la première, RICHE, FAYOT et LAUX trouvèrent une vessie énorme, étirée jusqu'à l'ombilic, et dont le pôle supérieur, malgré qu'on ait pris la précaution de placer une sonde intravésicale, fut réséqué au moment où l'on dégageait la face antérieure du fibrome. Dans la seconde observation, RICHE et FAYOT rapportent que la vessie était très remontée, parcourue de grosses veines très dilatées, et adhérait de façon intime à la face antérieure de la tumeur. Au cours de la libération du fibrome, la vessie fut largement ouverte.

D'ailleurs, cette blessure de la vessie est loin d'être une complication exceptionnelle. Elle se produit parfois alors même qu'on se méfie et qu'on prend toutes les précautions pour l'éviter.

4° URETERE

FORGUE et CROUSSE distinguent, dans les transpositions de l'uretère : 1° le type à uretère en dehors ; — 2° le type à uretère en dedans.

Tandis que les tumeurs de provenance utérine et secondairement incluses, repoussent l'uretère en dehors, vers la paroi pelvienne, les fibromes et toutes les tumeurs primitives des ligaments larges, indépendantes de l'utérus, rejettent l'uretère en dedans.

Cette différence anatomique est d'une importance capitale, du point de vue opératoire. Suivant le développement du fibrome, l'uretère, occupant une situation variable, pourra se trouver en avant, en arrière ou au voisinage du pôle inférieur, mais dans tous les cas le chirurgien devra le rechercher vers la partie interne de la tumeur.

5° ARTERE UTERINE

Pour l'artère utérine, comme pour l'uretère, il y a lieu de distinguer encore les deux cas que nous venons d'envisager. S'agit-il d'une tumeur primitive des ligaments larges, l'artère utérine et ses veines satellites sont refoulées en dedans de la masse incluse. Au contraire, « la tumeur, venant de l'utérus, s'est-elle secondairement infiltrée vers le ligament large, c'est en dehors et en haut qu'elle déplacera la gaine vasculaire, avec son artère et ses plexus veineux, au point de les rapprocher, dans les cas extrêmes, du pédicule utéro-ovarien » (FORGUE et CROUSSE).

6° INTESTIN

Dans les cas de volumineux fibromes intraligamentaires, lorsque la tumeur remonte plus ou moins haut vers l'abdomen, on peut la voir contracter des adhérences avec les diverses parties de l'intestin ou avec l'épiploon qui devient alors le siège d'une vascularisation abondante. Nous n'insisterons pas davantage sur ces rapports : ils sont communs à la plupart des tumeurs abdominales.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

SYMPTOMES

L'étude clinique des fibromes primitifs intraligamentaires, est rendue difficile par la symptomatologie banale de ces tumeurs. Reconnaître l'existence d'un fibrome est chose relativement aisée ; encore faut-il préciser son inclusion et son origine dans les ligaments larges.

Un fibrome se révèle généralement par trois groupes de symptômes ; d'abord, un ensemble de signes physiques traduisant la présence d'une tumeur abdominale, pelvienne, ou abdomino-pelvienne ; ensuite des phénomènes de compression plus ou moins accentués suivant le siège et le volume de la tumeur ; enfin des signes fonctionnels relevant de l'appareil génital.

1° SIGNES PHYSIQUES

LA TUMEUR EST ABDOMINALE.

Il s'agit ici d'un fibrome développé aux dépens de la partie supérieure des ligaments larges et ayant évolué vers l'abdomen. Dans ce cas, les symptômes sont ceux de toutes les grosses tumeurs abdominales. Certains moyens d'exploration nous permettront cependant d'obtenir des renseignements d'une valeur plus précise.

Inspection. — Le ventre est augmenté de volume et généralement d'une façon asymétrique, la tumeur prédominant dans l'une ou l'autre des fosses iliaques. On rencontre dans cette distension tous les degrés, depuis la simple voussure jusqu'à la volumineuse tumeur occupant tout l'abdomen ; témoin le cas rapporté par RICHE et FAYOT d'un fibrome primitif remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde (obs. v).

Palpation. — Elle permet d'apprécier la forme, la mobilité, la consistance de la tumeur. La masse est régulièrement sphérique ou au contraire bosselée. Sa mobilité est variable, mais généralement très prononcée si la tumeur est pédiculée sur le ligament large. Quant à la consistance, uniformément dure quand il s'agit d'un fibrome pur, elle peut en certains points devenir rénitente ou même fluctuante lorsque la tumeur a subi la transformation œdémateuse ou la dégénérescence kystique. D'où la confusion possible avec un kyste de l'ovaire.

Toucher vaginal. — Il constitue la partie la plus importante de l'examen. Dans les cas les plus typi-

ques, il montre un vagin allongé, un col utérin attiré en haut, effacé, quelquefois difficilement perceptible, et des culs de sac normaux.

Ces signes, dus à l'ascension de l'utérus et du col, sont caractéristiques des tumeurs intraligamentaires (CHANDELUX).

Au toucher combiné, la malade étant en position de TRENDELENBOURG, on constate que la masse est mobile et indépendante de l'utérus ; on sent celui-ci dévié vers le côté opposé à la tumeur. Quelquefois même, on peut insinuer la main abdominale entre le pôle inférieur de la tumeur et la symphyse pubienne (LAPEYRE et ESTOR ; obs. 1).

LA TUMEUR EST PELVIENNE.

Les tumeurs pelviennes sont celles qui naissent dans l'étage inférieur du ligament large et qui se développent dans le petit bassin ; en raison de leur situation, elles demeurent longtemps latentes ; enfouies au-dessous du détroit supérieur, il faut, pour les déceler, une exploration attentive.

Inspection. — Elle ne révèle rien. La masse ne se manifeste par une voussure abdominale que lorsqu'elle a franchi le détroit supérieur et qu'elle rentre, de ce fait, dans le cadre des tumeurs abdomino-pelviennes.

Palpation. — En déprimant l'abdomen au-dessus du pubis, la main, s'enfonçant vers l'excavation, arrive à percevoir le pôle supérieur de cette masse, dont elle peut alors apprécier la forme, la consistance, la situation latérale, mais sans rien préjuger de sa nature.

Les seules précisions sont fournies par le toucher vaginal, et surtout par le toucher combiné.

Toucher vaginal. — Le doigt vaginal perçoit un cul de sac bombant sous la tumeur. Le col est déjeté vers la partie libre du bassin. Il n'est ni effacé, ni élevé, aussi est-il en général facilement perceptible.

Toucher combiné. — Par la combinaison du toucher vaginal et du palper abdominal, on apprécie les rapports de l'utérus avec la tumeur.

DENIKER envisage deux cas (1) :

1° On perçoit, à côté d'un utérus plus ou moins déplacé, une deuxième masse dure, occupant une partie ou quelquefois la totalité du petit bassin, et qui, point capital, fait ou paraît faire corps avec l'utérus. C'est là un argument en faveur de l'origine utérine de la tumeur, bien que souvent un fibrome accolé à un utérus dont il est absolument indépendant, simule à s'y méprendre ces masses latéro-utérines. Malgré tout, l'hypothèse de fibrome primitif du ligament large doit être momentanément écartée.

2° La tumeur, au contraire, paraît indépendante de l'utérus. Il faut alors, par un examen minutieux, délimiter soigneusement le fond utérin. Puis il faut palper la tumeur, l'isoler à son tour, chercher à percevoir le sillon qui sépare les deux masses, ce qui n'est pas toujours facile pour un fibrome dont la consistance est à peu près analogue à celle de l'utérus.

(1) DENIKER. Thèse Paris, 1910.

Mais le caractère essentiel, celui qu'il faut rechercher avec soin, c'est la mobilité comparée des deux masses. Toute tumeur incluse, encastrée dans le bassin, est de ce fait très peu mobile. L'utérus, au contraire, se mobilise parfaitement. Nous empruntons à DÉLÉPINE le passage suivant : « La tumeur, d'une fixité à peu près complète, est nettement indépendante de l'utérus qui joue sur elle avec la plus extrême facilité. » L'inclusion intraligamentaire ne pouvait faire de doute : le refoulement de l'utérus, la fixité de la masse, etc., avaient permis au médecin d'affirmer cette localisation (obs. ix).

Cependant, comme le font remarquer FORGUE et CROUSSE, si la tumeur a tendance à s'enclaver, elle va bloquer l'utérus et l'énucléer petit à petit au-dessus de l'excavation, en arrière du pubis. Dans ce cas, la mobilité de l'utérus diminue et finit même par disparaître. Mais alors le diagnostic de l'enclavement est facilité par l'apparition des phénomènes de compression; ils sont intenses et dominant toute la symptomatologie.

LA TUMEUR EST ABDOMINO-PELVIENNE.

Lorsque les fibromes inclus, après avoir rempli l'excavation, font issue au-dessus du détroit supérieur, pour évoluer vers l'abdomen, leur masse abdomino-pelvienne se révèle par les signes suivants :

1° Un abdomen volumineux, distendu surtout dans l'une ou l'autre des fosses iliaques. La tumeur sous-jacente, de consistance et de forme variables, est difficilement mobilisable, parce que son pôle inférieur est fixé plus bas dans l'excavation,

2° Le toucher vaginal montre un col élevé et effacé, dévié, difficilement perceptible, quelquefois même introuvable. Dans un cul de sac, on sent l'extrémité inférieure de la masse.

On recherche l'utérus que l'on trouve indépendant de la tumeur. On peut arriver à le mobiliser, alors que la tumeur demeure à peu près immobile.

De l'examen physique, il faut en somme retenir les particularités suivantes, propres aux tumeurs incluses et indépendantes de l'utérus :

1° Dans les tumeurs abdominales : indépendance de la tumeur et de l'utérus, étirement du vagin, ascension et effacement du col.

2° Dans les tumeurs pelviennes : indépendance de la tumeur et de l'utérus, mobilité de celui-ci sur la masse tumorale qui demeure fixe (cependant la mobilité de l'utérus peut disparaître quand la tumeur s'enclave).

3° Dans les tumeurs abdomino-pelviennes : indépendance de la tumeur et de l'utérus, étirement du vagin, ascension et effacement du col, mobilité de l'utérus sur la masse tumorale fixée.

2° PHENOMENES DE COMPRESSION

Les phénomènes de compression se manifestent différemment suivant que la tumeur est abdominale ou pelvienne.

LA TUMEUR EST ABDOMINALE.

Il faut alors rechercher les troubles dus à la compression de la masse tumorale du côté du plexus lombaire, d'où ces douleurs de reins si souvent accusées

par les malades ; du côté du diaphragme qui peut être gêné dans son libre jeu ; du côté du tube digestif, d'où possibilité de phénomènes d'obstruction. Il faut aussi envisager la compression de la veine cave inférieure ; une telle obstruction vasculaire, quand elle est très prononcée, peut donner lieu à de l'ascite, ou même à de l'anasarque. Quelquefois, on a vu les œdèmes se compliquer de lésions cardiaques et réaliser le tableau de l'asystolie (DEMONS).

Nous n'insisterons pas davantage sur ces troubles qui n'ont absolument rien de caractéristique. Nous mentionnerons simplement à ce propos l'intéressante remarque faite par RICHE, FAYOT et LAUX, dans une de leurs observations (Obs. IV). Chez leur malade, la compression, par la tumeur, de la veine cave inférieure, avait nécessité la création d'une voie de dérivation qui, au lieu de choisir, comme d'habitude, le réseau veineux sous-cutané, avait emprunté la voie du système épigastrique. Il en résulta la création, autour de l'ombilic, d'une zone vasculaire pariétale, faite d'un lacis de veines extasiées, grosses comme le petit doigt. Ce réseau gênait l'opération, et il dut être réséqué.

LA TUMEUR EST PELVIENNE.

Les phénomènes de compression sont ici très importants. Ils sont surtout l'apanage des fibromes qui se bloquent plus étroitement dans l'excavation et ils atteignent leur apogée lorsque le fibrome s'enclave.

Compressions nerveuses. — Elles se traduisent par la douleur dans le domaine du plexus lombo-sacré. Le plus souvent, ce sont des crises douloureuses au niveau de la fosse iliaque, avec irradiations dans les reins

et dans les cuisses : quelquefois la douleur est du type sciatique. Dans l'intervalle de ces paroxysmes douloureux, il persiste des sensations plus ou moins vagues, de l'engourdissement, des fourmillements. Toutes ces manifestations s'aggravent au moment des périodes menstruelles.

Compressions vasculaires. — Elles ne réalisent pas le tableau alarmant de l'anasarque ou de l'asystolie, comme le peuvent faire quelquefois les tumeurs abdominales. La compression se traduit ici par de l'œdème plus ou moins prononcé des membres inférieurs, bilatéral ou unilatéral, et localisé dans ce cas du côté correspondant à la tumeur.

La phlébite est une complication possible de cet œdème (LE BEC, 1895). Les hémorroïdes s'observent fréquemment.

Compression du rectum. — Du côté du rectum, on note, chez presque toutes les malades atteintes de fibromes intraligamentaires, du ténesme rectal et une constipation souvent opiniâtre. C'est là, en réalité, la complication banale de toutes les tumeurs pelviennes ; mais elle est portée ici à son plus haut degré, surtout lorsque le fibrome s'enclave, et on l'a vu réaliser, dans une curieuse observation de BARETTE (1), le tableau complet de l'occlusion intestinale subaiguë. La consistance de la tumeur est également pour beaucoup dans l'intensité des troubles rectaux. Nous relevons, dans la thèse de STROHEKER (2), le cas d'une malade

(1) BARETTE. Année méd., Caen, mars 1904. In Thèse DENIKER.

(2) STROHEKER. Thèse Paris 1902 (wathen : fibrome calcifié du ligament large).

qui se plaignait de douleurs continuelles au niveau du rectum, avec paroxysmes atrocement douloureux, surtout au moment de la défécation. La patiente avait été suivie par plusieurs médecins, et avait toujours été soumise à un traitement symptomatique, malgré les résultats négatifs de ce traitement. Le toucher vaginal démontra très facilement la présence d'une tumeur mobile et très dure dans le cul de sac de Douglas. La laparotomie permit l'ablation de cette tumeur ; elle était intraligamentaire, absolument lisse, dépourvue de toute connexion avec l'utérus, la trompe ou les ovaires ; elle était grosse comme un œuf de poule et avait subi la dégénérescence calcaire, d'où sa dureté ; c'est en raison de sa consistance et de sa situation postérieure que, malgré son petit volume, la tumeur, entraînait du côté du rectum des troubles si prononcés.

Compression de l'appareil urinaire. — Les phénomènes de compression du côté de l'appareil urinaire se manifestent différemment suivant le siège de la compression. Ils reconnaissent, en effet, trois causes principales :

- 1) La compression du col vésical ou de l'urèthre ;
- 2) La compression ou les tiraillements exercés sur la vessie ;
- 3) La compression de l'uretère.

1) *Compression de l'urèthre.* — L'urèthre, ou le col vésical, peuvent être comprimés par un fibrome développé sous le feuillet antérieur du ligament large, ou par un col utérin, refoulé en avant par la tumeur. Cette compression détermine les symptômes habi-

tuels : dysurie, miction d'abord lente, puis pénible, enfin douloureuse ; rarement rétention.

2) *Compression de la vessie.* — C'est du côté de la vessie que les signes de compression se rencontrent avec le plus de fréquence et le plus d'intensité. La pollakiurie, le caractère impérieux des mictions, s'expliquent très bien par les modifications anatomiques que l'évolution du fibrome fait subir à la vessie. Le réservoir urinaire est aplati, étiré, parfois jusqu'à l'ombilic, adhérent quelquefois avec la tumeur (Obs. V). Sa capacité est réduite : d'où ce tenesme vésical, cette fréquence des mictions que nous avons constaté dans la plupart de nos observations.

D'ailleurs, à ces phénomènes mécaniques s'ajoutent souvent un élément congestif, qui est, lui aussi, un facteur important de pollakiurie. Enfin, la menstruation, par son influence également congestive, amène une recrudescence de ce symptôme, et on a vu quelquefois s'installer, avec les époques menstruelles, une rétention périodique, disparaissant avec le flux menstruel.

3 *Compression de l'uretère.* — Nous avons vu, à propos de l'anatomie pathologique, la différence qu'il existait entre les rapports de l'uretère et des tumeurs incluses, suivant que celles-ci étaient nées dans le ligament large ou, au contraire, originaires de l'utérus. Les premières refoulent l'uretère en dedans ; les secondes refoulent l'uretère en dehors, contre la paroi pelvienne, donc contre un plan résistant. Aussi, en général, les phénomènes de compression urétérale sont-ils plus accentués quand le fibrome vient de l'utérus. Cependant, on note souvent, dans la symptoma-

tologie des fibromes inclus et primitifs, de l'*albuminurie*, d'intensité variable, et, beaucoup plus rarement, de l'*hydro-uretère* par dilatation mécanique du conduit en amont de la compression, ou bien de l'*hydro-néphrose*. La *néphrite chronique* chirurgicale peut être la conséquence terminale de compressions urétérales prolongées.

Tous les signes de compression que nous venons d'énumérer s'exagèrent et atteignent leur maximum à partir du moment où le fibrome s'enclave. Ils peuvent alors acquérir une telle intensité que le tableau clinique devient alarmant : des douleurs atroces torturent la patiente et les accidents urinaires s'installent : en l'espace de quelques mois, ils peuvent compromettre gravement l'existence de la malade.

3° SIGNES FONCTIONNELS RELEVANT DE L'APPAREIL GENITAL

Au cours d'évolution des fibromes primitifs du ligament large, on note fréquemment une intégrité fonctionnelle absolue dans la sphère génitale. Lorsque les troubles fonctionnels existent, ils se réduisent à des douleurs et à des métrorragies.

Les douleurs relèvent de causes multiples : sensation de pesanteur, compression nerveuse par la masse fibromateuse, coexistence de lésions salpingiennes, adhérences, poussées congestives au moment des règles. Quant aux métrorragies, elles ont été soigneusement étudiées par DENIKER, qui distingue diverses éventualités.

Dans la plupart des cas, les fibromes primitifs intraligamentaires se comportent comme les fibromes utérins sous-péritonéaux : ils ne saignent pas. Mais cette absence de métrorragies ne peut être érigée en règle absolue. Nous avons déjà vu que le développement d'un fibrome entre les feuillets du ligament large s'accompagnait presque toujours d'une dilatation assez considérable des veines de ce ligament : d'où un état de congestion pelvienne, qui peut expliquer la production d'hémorragies ; et, en fait, on observe quelquefois des hémorragies ; on rencontre tous les degrés : hyperménorrhée (Obs. VII), hyperménorrhée s'accompagnant d'une plus grande fréquence des règles (Obs. VIII), enfin, métrorragies, allant de la perte quotidienne de quelques gouttes de sang, jusqu'à ces fortes hémorragies que DENIKER signale dans sa thèse, et qui entraînent, par leur répétition, la mort de la malade. En règle générale cependant, les hémorragies atteignent leur maximum lorsqu'il y a coexistence de tumeur utérine et intraligamentaire.

Enfin, chez certaines malades, on a vu, sous l'influence du fibrome intraligamentaire, les règles diminuer d'abondance (Obs. V) ou même disparaître.

En somme, concluons avec DENIKER : pas de modifications, des hémorragies, une augmentation, une diminution ou une cessation complète des règles, voilà les diverses éventualités qui peuvent se présenter dans les cas de tumeurs solides des ligaments larges.

Donc, la connaissance de ces troubles fonctionnels d'ordre génital ne peut être que d'un faible secours lorsqu'il s'agit de préciser la nature et le siège de la tumeur. Cependant ils tirent un certain intérêt de ce

fait qu'ils peuvent être la première manifestation d'un fibrome latent ; ils inquiètent alors la malade, et ils l'amènent à demander au médecin l'examen physique, qui, lui, permet un diagnostic plus précis.

DIAGNOSTIC

Tous les signes que nous venons d'exposer ne sont pas particuliers aux fibromes primitifs intraligamentaires. S'il en existe quelques-uns de premier plan, ayant une réelle valeur diagnostique, il en est d'autres, au contraire, que l'on retrouve dans le tableau clinique de la plupart des tumeurs génitales. Comment donc faut-il interpréter ces divers symptômes ? Quelle importance faut-il donner à chacun d'eux ? Par quelles étapes doit-on passer pour arriver à un diagnostic ?

Il est indispensable d'envisager successivement les deux points suivants : d'abord, sans rien préjuger de la nature de la tumeur, il faut établir que celle-ci est incluse et indépendante de l'utérus ; — ensuite, il faut préciser que la tumeur est bien un fibrome, et rapporter, si on le peut, son origine aux ligaments larges dans lesquels elle est incluse.

1° DIAGNOSTIC DE L'INCLUSION ET DE L'INDÉPENDANCE, DE LA TUMEUR.

Nous avons vu comment on pouvait arriver à ce diagnostic au cours de l'examen physique, en se basant sur certains signes fournis par le toucher vagi-

nal combiné au palper abdominal : perception de deux masses paraissant indépendantes l'une de l'autre — étirement du vagin et ascension du col, dans les tumeurs abdominales — mobilité de l'utérus sur la masse tumorale fixée, dans les tumeurs pelviennes.

Malheureusement, il est des cas de pseudo-inclusion qui peuvent prêter à confusion et faire errer le diagnostic. FORGUE et CROUSSE en distinguent deux variétés : celles produites par de fausses membranes inflammatoires et celles dues à l'encapuchonnement de la tumeur par le ligament large.

Les premières, d'ailleurs assez facilement reconnaissables, répondent à ces cas où des lésions tubo-ovariennes (pyo-salpinx, hydro-salpinx, ovaires kystiques), ont entraîné, au cours de poussées inflammatoires, la formation de néo-membranes qui les enveloppent et les soudent plus ou moins à l'utérus. Ces tumeurs pelviennes sont donc recouvertes par ces fausses membranes au point qu'on les dirait incluses dans les ligaments larges. Mais, fait important, elles sont généralement bilatérales, et n'ont jamais la régularité de contours, la netteté de délimitation qu'on rencontre assez souvent dans les vraies tumeurs incluses.

La deuxième variété, au contraire, est pratiquement d'un diagnostic irréalisable et ne se vérifie qu'à l'intervention. Dans ce cas, la tumeur, un kyste de l'ovaire le plus souvent, en raison d'adhérences anormales de la trompe avec l'utérus, se trouve plaquée contre la face postérieure du ligament large. A mesure qu'elle se développe, elle se coiffe du péritoine du ligament, mais sans en dédoubler les feuillets, qui restent accolés, en avant puis au dessus de la tumeur. Le ligament

large finit par encapuchonner le kyste, qui paraît alors inclus, cliniquement du moins.

C'est là une cause d'erreur de diagnostic qu'il faut connaître : cette disposition particulière du ligament large, en avant et au-dessus de la tumeur, laissant libre sa face postérieure, a une importance capitale du point de vue opératoire : c'est, en effet, à partir de la zone postérieure, libre de péritoine, qu'il faut entreprendre le clivage.

2° DIAGNOSTIC DE LA NATURE DE LA TUMEUR.

Le diagnostic de l'inclusion étant établi, il faut ensuite préciser la nature de la masse incluse. Pour affirmer que celle-ci est un fibrome, il faut que l'exploration révèle la consistance dure, ferme, de la tumeur. Encore les sujets d'erreur sont-ils multiples. Nous avons déjà vu que les fibromes se laissent souvent imprégner d'œdème, et que leur masse se creusait parfois de formations kystiques. Ils sont alors d'une consistance beaucoup moins ferme, plutôt rénitente, ou molle, quelquefois même fluctuante. Et la confusion avec les kystes de l'ovaire est presque toujours inévitable (Obs. I).

D'autre part, il existe, développées aux dépens des ovaires, des tumeurs solides qui s'insinuent secondairement entre les deux feuillets du ligament large. Elles sont absolument indépendantes de l'utérus. Aussi, entre un fibrome primitif intraligamentaire et une tumeur solide de l'ovaire, l'erreur est-elle presque toujours commise (Obs. IV), ou tout au moins les deux diagnostics sont-ils envisagés en même temps (Obs. IX)

Enfin, on trouve dans les ligaments larges, d'autres tumeurs aborigènes, qui peuvent prêter à confusion : il est vrai qu'elles sont beaucoup plus rares. Nous ne citerons que les kystes du parovaire qui, seuls, présentent un réel intérêt clinique. Ici encore, le diagnostic ne peut-être basé que sur la consistance de la tumeur, et nous venons de voir que ce n'était pas là un élément de certitude.

Du côté de la symptomatologie fonctionnelle, l'intensité des phénomènes de compression pelvienne est aussi en faveur de la nature fibromateuse de la tumeur ; encore n'est-ce là qu'une présomption.

Dans les cas les plus favorables, on peut conclure, malgré tout, à l'existence d'une masse dure, indépendante de l'utérus, incluse dans les ligaments larges : fibrome primitif ou tumeur solide de l'ovaire. Mais, seule, la vérification opératoire, en se basant sur les rapports anatomiques de la tumeur avec les organes pelviens, permettra d'éliminer l'un des deux diagnostics précédents et de rapporter ainsi le fibrome à sa véritable origine.

Le diagnostic clinique peut être renforcé par l'utilisation de certains moyens d'exploration d'un ordre plus particulier.

Ainsi, l'exploration intra-vésicale au moyen d'une sonde que l'on introduit profondément jusqu'au sommet du réservoir urinaire, permet d'apprécier l'étirement et l'ascension de la vessie. — Par la cystoscopie, on peut constater certaines déviations ou déformations vésicales. — Le cathétérisme de l'uretère, s'il n'est pas d'un intérêt diagnostique immédiat, a au moins l'avantage, lorsqu'on laisse la sonde en place pendant l'in-

tervention, d'éviter la blessure de ce conduit au cours de manœuvres opératoires. D'autre part, l'injection intra-veineuse de Ténébryl, ou tout autre procédé d'urographie, en montrant le trajet opaque de l'uretère, permet de fixer, avant l'intervention, la situation du conduit par rapport à la tumeur.

Enfin, *l'hystéro-salpingographie*, complément remarquable de l'examen clinique, permet d'explorer à la fois la cavité utérine et surtout les cavités tubaires. Grâce à elle, on arrive à préciser non seulement la forme et les dimensions de la cavité utérine, mais encore la situation exacte de cette cavité dans l'ensemble de la tumeur palpable.

BÉCLÈRE emploie le procédé suivant : « Nous dessinons sur la peau de la malade le contour de la tumeur palpable. Et nous cernons ce contour d'un fil de plomb. Puis, lorsque l'injection de la cavité utérine est complète, nous prenons une radiographie de face, avec ampoule sous la table et film au contact du fil de plomb sur l'abdomen. Nous obtenons ainsi sur le même cliché, à la fois l'ombre de la cavité utérine et l'ombre du fil de plomb cernant le contour cutané de la masse tumorale ».

L'auteur conclut : « Cette vue de face, et la vue de profil, nous permettent de déduire la place exacte de la cavité utérine dans l'ensemble de la tumeur. »

Ainsi, s'il s'agit d'une tumeur incluse, on voit, dans les cas typiques, une cavité utérine de dimensions normales, de contour régulier, mais refoulée latéralement à la périphérie de la masse palpable. De plus, l'ombre tubaire est soulevée par la tumeur. Dans leur

observation, LAPEYRE et ESTOR n'ont pas pu pratiquer l'hystéro-salpingographie, en raison de la conformation anatomique du col utérin : elle aurait montré la cavité utérine refoulée et la trainée opaque tubaire cravatant le pôle supérieur de la masse tumorale.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution des fibromes primitifs du ligament large qui, en règle générale, se fait d'une façon lente, progressive, peut être cependant entrecoupée par des accidents d'allure aiguë, véritables complications parfois dramatiques.

Ainsi, on note souvent, au moment des périodes menstruelles, des *crises douloureuses*, quelquefois très violentes ; DÉLÉPINE (Obs. IX) rapporte qu'une de ses malades, atteinte d'un fibrome primitif des ligaments larges, coexistant d'ailleurs avec un utérus fibromateux, fut prise brusquement, et par deux fois, au moment de ses règles, de douleurs très vives, siégeant à gauche, d'une intensité telle qu'il en résulta une syncope. Au bout de quelques heures, l'accalmie survint, sans que la malade ait vomi, ait présenté le moindre ballonnement du ventre, la plus petite ascension thermique, rien qui puisse, par conséquent, faire penser à une réaction péritonéale,

Ces crises, qui évoquent l'idée de torsion de pédicule, sont probablement l'effet de l'intense congestion pelvienne qui accompagne les époques menstruelles, et qui ne se traduit généralement que par une légère augmentation des troubles douloureux. La coexistence d'un fibrome utérin est peut-être pour quelque chose dans l'étiologie de ces paroxysmes.

La *torsion du pédicule* est une éventualité rare, dont la littérature médicale ne renferme que quelques cas. La torsion se manifeste généralement, comme l'a observé GODLEWSKI (Obs. II et III, par une douleur violente et subite dans l'abdomen, douleur aiguë en « coup de poignard ». Puis surviennent les nausées et les vomissements, le ballonnement du ventre, le hoquet quelquefois, la syncope même ; l'accélération du pouls contraste avec l'absence de réaction thermique. La crise dure quelques heures ou quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre. Il n'est pas rare cependant de voir se reproduire, à intervalles variables, des crises successives, surtout si l'étranglement est incomplet.

Ce tableau, dramatique et classique, peut prêter à confusion avec la plupart des syndromes aigus abdominaux : coliques hépatiques ou néphrétiques, perforation, hémorragie, occlusion, hernie étranglée, mais surtout appendicite. La constatation de la tumeur abdominale et l'évolution ultérieure sont les deux éléments qui aident à faire le diagnostic.

La *rupture du pédicule* est, théoriquement du moins, un accident possible ; pratiquement, on n'en connaît aucun cas. Peut-être cette complication est-elle passée quelquefois inaperçue. Comme nous l'avons déjà dit,

il est possible que le fibrome trouvé libre par DELAUNAY dans la cavité abdominale relève de cette pathogénie.

Les *hémorragies* se produisent fréquemment dans les fibromes du ligament large. Elles coïncident généralement avec les règles et peuvent expliquer, elles aussi, les poussées douloureuses et congestives qu'on observe au cours des époques menstruelles.

Quant aux autres complications : gangrène, suppuration, transformation maligne, etc..., elles n'ont rien de particulier aux fibromes primitifs et donnent lieu aux mêmes considérations que celles des fibromes utérins.

Mais c'est surtout en raison de la fréquence des *complications opératoires* que l'on considère généralement le pronostic des fibromes du ligament large comme plus sévère que celui des fibromes utérins. Les hémorragies en nappe, au cours de l'énucléation, — La déchirure de la vessie, — La section de l'uretère, gros écueil et grave de conséquences, — Les lésions de l'intestin au cours des manœuvres de décoloration de gros fibromes adhérents... sont autant d'accidents qui, pour être évités, exigent une technique opératoire un peu particulière.

TRAITEMENT

Le traitement des fibromes intraligamentaires est exclusivement chirurgical. Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre ici une étude détaillée des divers temps opératoires ; nous indiquerons simplement les règles directrices qui doivent guider le chirurgien au cours de l'intervention.

CHOIX ET TECHNIQUE DE L'INTERVENTION.

La voie d'accès para-péritonéale, proposée par Polsson, est une méthode absolument abandonnée. L'opération de choix est l'énucléation du fibrome après laparotomie médiane.

L'incision de la paroi doit être large : c'est la meilleure façon d'y voir clair. Si on a des raisons de redouter la blessure de la vessie, il ne faut pas hésiter à prolonger l'incision vers le haut, de façon à aborder la masse par son pôle supérieur. Pour la même raison, l'ouverture du péritoine se fera très haut, dans la partie supérieure de l'incision.

Le ventre ouvert, deux cas peuvent se présenter :

1° Ou bien la tumeur est *pédiculée* : elle est alors d'une ablation facile et dont la technique se passe de toute description.

2° Ou bien elle est *interstitielle* : les doigts rencontrent au-dessus de la tumeur la surface lisse des ligaments larges, qui se continue en bas avec les culs de sac, et dans laquelle il est impossible d'amorcer le moindre clivage. Cette exploration est capitale, qui permet de reconnaître l'inclusion, car rien n'est plus dangereux que d'attaquer une tumeur incluse, comme un banal fibrome utérin.

L'inclusion reconnue, il faut alors se décider pour le choix de l'intervention : Hystérectomie ou énucléation ?

ENUCLÉATION. — Elle est le procédé de choix chez les femmes jeunes, quand le fibrome est petit ou de volume moyen et que les annexes du côté opposé sont intactes; on peut alors conserver l'utérus, et avec lui, la possibilité de maternités futures. D'autre part, il existe des fibromes même volumineux, qui sont très facilement énucléables : témoin celui opéré par LAPEYRE, qui put, malgré les dimensions de la tumeur, réaliser une opération éminemment conservatrice.

L'énucléation, pratiquée chaque fois qu'elle est facile, nous paraît donc être le procédé de choix. Le péritoine des ligaments larges est incisé sur la tumeur, dans une zone avasculaire. En profondeur, l'incision doit être poursuivie jusqu'à la surface nette et lisse du fibrome, car il faut éviter d'entreprendre le décollement dans l'épaisseur des faisceaux musculaires de

Rouget hypertrophiés. Lorsque le bon plan de clivage est atteint, les doigts, coiffés d'une compresse et progressant de haut en bas, arrivent facilement à énucléer le fibrome.

HYSTÉRECTOMIE. — Si la malade est âgée; si le fibrome, volumineux et bloqué dans le pelvis, permet de prévoir une énucléation laborieuse, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'hystérectomie première (par décollation antérieure le plus souvent). Ce temps préliminaire, remarquent FORGUE et CROUSSE, a, d'ailleurs, de tels avantages, qu'il y a intérêt à élargir le plus possible ses indications. D'abord, il permet le déblocage des inclusions difficiles et simplifie l'énucléation ; ensuite, en facilitant la saisie des pédicules vasculaires, il assure une hémostase parfaite ; enfin, par ce procédé, on peut éviter plus facilement l'uretère et on réalise la meilleure péritonisation.

Quelquefois, on enlève en bloc utérus et tumeur.

TRAITEMENT DES ACCIDENTS.

Hémorragies. — Le meilleur moyen d'éviter l'hémorragie est de saisir largement avec de fortes pinces, les deux pédicules vasculaires, ou de pratiquer l'hystérectomie, qui permet de réaliser la ligature des plexus veineux juxta-utérins. A défaut, on aura recours au tamponnement à la Mickulicz.

Lésions de l'uretère. — Il faut toujours avoir à l'esprit, au cours de l'énucléation, que, dans les fibromes inclus et primitifs, *l'uretère est généralement en dedans* de la tumeur ; cette notion doit guider les gestes du chirurgien au cours de la manœuvre de clivage. Dans les cas difficiles, on peut cathétériser le conduit

qui, muni en quelque sorte d'un mandrin résistant, devient alors facilement repérable. Mais le meilleur moyen est encore de pratiquer l'hystérectomie première et aborder la tumeur par le pôle inférieur ; l'uretère est alors écarté en même temps que l'on décolle le péritoine.

Si, malgré ces précautions, l'uretère est sectionné, il faut pratiquer la suture immédiate ou l'abouchement du segment supérieur à la vessie.

Lésions de la vessie. — Nous avons déjà vu que, pour prévenir les blessures de la vessie, il fallait pratiquer une incision haute, débordant le pôle supérieur de la tumeur. Un bon moyen également consiste à introduire dans la cavité vésicale, un catheter métallique qui permet de reconnaître facilement le sommet du réservoir urinaire. Enfin, si la vessie adhère à la tumeur, il est préférable de chercher le plan de clivage à la partie inférieure de la vessie, et de remonter dans ce plan de clivage.

Quant à l'ouverture de la vessie, lorsqu'elle est reconnue d'emblée et traitée par une bonne suture et une sonde à demeure, elle ne doit pas avoir de conséquences fâcheuses.

Lésions de l'intestin. — Quand le fibrome inclus a dédoublé un méso au cours de son évolution rétro-péritonéale, les manœuvres de décortication exposent à la lésion des vaisseaux mésocoliques, d'où ischémie et nécrose intestinales, pouvant exiger quelquefois l'entérectomie. Ici encore, l'hystérectomie préliminaire est un bon moyen pour faciliter l'opération et pour réduire les risques de rupture vasculaire et de lésions intestinales consécutives.

CONCLUSIONS

L'étude des fibrome primitifs du ligament large doit être envisagée du triple point de vue anatomique, clinique et opératoire.

Certains caractères anatomiques sont particuliers aux fibromes primitifs intraligamentaires.

1) De leur origine dépend leur évolution ultérieure ; les fibromes de l'étage supérieur se développent librement dans l'abdomen et ils peuvent même se pédiculiser ; — les fibromes de l'étage inférieur, au contraire, ont une évolution d'abord pelvienne et il n'est pas rare de les voir s'enclaver dans le petit bassin.

2) Les fibromes primitifs du ligament large ont, plus que tous les autres, une tendance particulière à subir la dégénérescence œdémateuse ou kystique.

3) Ils sont complètement recouverts de péritoine, et séparés de celui-ci par une atmosphère de tissu cellulaire lâche abondamment vascularisée.

4) Enfin, ils contractent avec les organes voisins, surtout avec la vessie et l'uretère, des rapports intimes importants à connaître au point de vue opératoire.

Cliniquement, il est difficile de poser un diagnostic précis. Dans les cas les plus favorables, et ils sont rares, on peut, par un examen méthodique, conclure tout au plus à l'existence d'une masse dure, incluse et indépendante de l'utérus.

La technique opératoire est délicate. L'inclusion reconnue, on pratique l'énucléation, intervention éminemment conservatrice, où l'hystérectomie, dans les cas les plus difficiles. Les hémorragies en nappe, la blessure de la vessie et la section de l'uretère, sont autant d'accidents à éviter.

BIBLIOGRAPHIE

- ALFIERI. — *Fibromé du ligament large*. Gynécologie Firenze, 1913.
- BÉGOUIN. — *Fibromes du ligament large*. Bull. Soc. Obst. et Gynéc., Paris, 1921, n° 1.
- BÉGOUIN et PAPIN. — *Quelques considérations cliniques et opératoires sur les tumeurs incluses du ligament large*. Journal de Médecine de Bordeaux, mars 1921.
- BENDER. — *Fibrome du ligament large*. Soc. Obst. et Gynéc., Paris, 1912.
- BINAUD. — *Fibrome pédiculé du ligament large droit. Des fibromyomes développés dans l'épaisseur du ligament large*. Bull. et Mém. Soc. Gynéc. Obst. et Péd., Bordeaux, 1893, t. II.
- BOURSIER et VENOT. — *Fibrome du ligament large*. Bull. et Mém. Soc. Gynéc., Obst. et Péd., Bordeaux, 1902.
- BOUSSI. — *Tumeur fibreuse volumineuse adhérente aux ligaments larges et complètement indépendante de l'utérus* 1878.
- BRUGEAS et CADENAT. — *Fibrome du ligament large*. Soc. nat. de Chir., Paris, mars 1928.
- CARLOS DOREN. — *Fibromyomes du ligament large*. Bol. de la Soc. de Cirurg. de Chile, 1925.

- CARLTON-SEEVER. — *Fibromyomes du ligament large indépendants*. American journal of Obst. and Gynec., Chicago, 1924, n° 5.
- CHALIER. — *Fibrome inclus du ligament large. Lever précoce*. Soc. de Chirurgie de Lyon, mai 1930.
- CHAMBAS et DURAND. — *Volumineux fibro-sarcome du ligament large avec vaste nécrose centrale, simulant un kyste de l'ovaire*. Bull. et Mém. Soc. Anat., Paris, décembre 1919.
- CHAMBRELENT. — *Corps fibreux du ligament large au voisinage de la trompe*. Bull. Soc. Anat. et Physiol. norm. et pathol., Bordeaux, 1883.
- CHAMORRO-BENARD. — *Hystérectomie abdominale dans les tumeurs du ligament large*, Thèse Paris, 1919.
- CROUSSE. — *Un cas de fibrome primitif du ligament large*. Société Belge de Chirurgie, 1924.
- DA COSTA. — *Two cases of fibroma of the broad ligament*. The American journal of obstetrics and diseases of women and children, juill.-déc. 1898.
- DAMBRIN et THOMAS. — *Fibrome volumineux inclus dans le ligament large ; hystérectomie ; drainage à la Mikulicz*. Bull. Soc. Obst. et Gynéc., Paris, nov. 1929.
- DELANNOY et QUENÉE. — *Fibrome inclus du ligament large avec kystes tordus des deux ovaires*. Soc. obst. et Gynéc., Paris, mars 1932.
- DELAUNAY. — *Fibrome du ligament large*, Paris Chir., 1911.
- DÉLÉPINE. — *Fibrome du ligament large, coexistant avec un utérus fibromateux*. Soc. Obst. et Gynéc. de Lille, juin 1921. In « Bull. Soc. Obst. et Gynéc., Paris, 1921.
- DEMONS. . . *Pour servir à l'histoire des fibromes du ligament large*. Bull. et mém. Soc. Gynéc., Obst. et Péd., Bordeaux, 1902.
- DENIKER. — *Tumeurs du ligament large*. Thèse Paris, 1910.
- DESCOMPS et HUC. — *Fibrome du ligament large*. La Gynécologie, 1920.
- DORAN. — *Fibroïd of the broad ligament weighing forty-four and a half pounds (twenty kilogrammes) removed*

by enucleation ; recovery ; with table and analysis of thirty nine cases. Transacts of the obst. Soc. of London, 1899.

DUNCAN. — *Intraligamentous fibromyoma of right side : removal : death en fourthy day, from adynamie, intestinal obstruction or paralysis.* Intercolonial medical journal of Australia, for 1897.

DUNCAN et DALY. — *A case of two distinct fibromyoma tumors each originating from right and left broad ligaments respectively with other unusual features.* The Australian medical journal, novembre 1892.

ESTOR, GRYNFELTT, AIMES. — *Fibromyome du ligament large.* Bull. Soc. Anat., Paris, avril 1921.

FAURE (J. L.) et SIREDEY. — *Gynécologie médico-chirurgicale.*

FORGUE et CROUSSE. — *De l'inclusion intra-ligamentaire.* Gyn. et Obst., 1925.

— *Les différentes variétés de tumeurs incluses dans les ligaments larges.* Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles, janvier 1927.

FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gynécologie.*

FRANCESCO FORTUNATO. — *Un caso di fibromioma primitivo di ligamento largo.* Riforma medica, 1896.

GERBIER. — *Fibromes du ligament large.* Thèse Bordeaux, 1906.

GODLEWSKI. — *Leio-myome du ligament large pédiculé et tor-du.* Provence médico-chirurgicale mai 1930.

GRIFFITH. — *Un fibro-myome de plus de 12 livres ayant envahi primitivement ou secondairement le ligament large droit.* Bull. de la Soc. royale de Médecine de Londres. In « Journal de Chirurgie », août 1919.

GRIFFON. — *Fibromyome aborigène du ligament large.* Bull. et Mém. Soc. Anatomie, Paris, 1899.

GROSS. — *Fibrome pédiculé du ligament large droit. Contribution à l'histoire des tumeurs solides et en particulier des fibromyomes des ligaments larges.* Congrès Français de Chirurgie, 1892.

- GUERMONPREZ. — *Fibromyome intraligamentaire*. Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique. Bordeaux.
- GUICCIARDI. — *Tumeurs fibreuses originaires de la musculature extrinsèque de l'utérus*. Livre jubilaire du professeur MANGIAGALLI, Pavie 1906.
- GUILLEMIN. — *Fibrome isolé du ligament large*. Bull. Soc. Obst. et Gynéc. Paris 1925.
- GUINARD. — *Extirpation par voie abdominale d'un fibrome inclus dans le ligament large droit au cours d'une grossesse datant de 5 mois ; continuation de la grossesse*. Assoc. Franç. de Chirurgie, procès-verbal, Paris 1893.
- GUYON. — *Fibromes utérins et fibrome primitif du ligament large*. In Thèse agrégation, 1860.
- HALLER. — *Deux cas de fibrome du ligament large*. Arch. mens. d'Obst. et de Gynéc., Paris, 1914.
- HAMILTON. — *Tumeur fibreuse du ligament large*. Med. j. Australia, Sydney, 1917.
- HANSEN. — *VI Falle von primären desmoiden Geschwulsten der ligamenta lata*. Inaugural Dissertation, Kiel.
- HERMAN BEIGEL. — *Die Krankheiten des weiblichen geschlechts*. Stuttgart, 1875.
- HOLMES. — *Myome primitif du ligament large*. American Journal of obstetrics, 1888.
- JEANNIN. — *Fibromyome kystique du ligament large à contenu hémorragique*. Bull. Soc. nat., Paris, 1894.
- KIWESCH. — *Fibrome primitif du ligament large*. In « Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechts », 1849.
- LABADIE, LAGRAVE, LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, 1914.
- LANG. — *Des tumeurs solides primitives des ligaments larges, et en particulier de leur histoire et de leur pathogénie*. Thèse de Nancy, 1892.

- LANGNER. — *Mixo-fibrome du ligament large gauche indépendant de l'utérus*. Centralblatt für Gynak. Leipzig 1887.
- LASALLE. — *Tumeurs incluses dans les ligaments larges*. Thèse Montpellier, 1891.
- LAWSON-TAIT. — *Trois cas dont un de myome pédiculé sur le ligament large*. Traité clinique des maladies des femmes, 1889.
- LE BEC. — *Tumeur fibro-cystique développée dans l'épaisseur du ligament large : laparotomie guérison*. Gazette des Hôpitaux, Paris, juillet 1886.
- LE BOULANGÉ. — *Suture bout à bout de l'uretère au cours de l'hystérectomie subtotale pour fibrome enclavé du ligament large. Guérison*. Soc. Belge de chirurgie, nov. 1925.
- MARTIN. — *Les tumeurs primitives du tissu conjonctif du bassin*. Berlin, 1906.
- MIAMI. — *Contribution à la connaissance des tumeurs du ligament large*. Gazzetta delle ospedale et delle cliniche. Milan, mars 1923.
- MIKULICZ. — *Fibromyome pédiculé du ligament large droit*. Wien. med. Wochenschrift.
- MOIROUD. — *Volumineux fibrome primitif du ligament large*. Soc. de chirurgie de Marseille, janvier 1929.
- MOREAU. — *Fibrome du ligament*. Société anatomique de Paris, janvier 1927.
- MORI. — *Un cas de fibrome volumineux du ligament large*. Policlin, Rome 1915.
- PATEL. — *Fibrome intraligamentaire*. Soc. Obst. et Gynéc. de Lyon, mars 1921. In « Bull. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris, 1921.
- PAUCHET. — *A propos de deux cas de fibromes des ligaments larges opérés et guéris*. Gaz. méd. de Picardie, Amiens, 1897.
- PÉAN. — *Fibromes des ligaments larges*. Cliniques de l'Hôpital St-Louis, 1890-1891.
- PÉPIN. — *Fibrome utérin et fibrome du ligament large droit : hystérectomie abdominale sans ablation du fibrome*

- intraligamentaire*. Mém. et Bull. de la Soc. de Méd. et de Chirurg., Bordeaux 1892.
- POLOSSON. — *Fibrome du ligament large : extraction par la voie parapéritonéale*. Mém. et compte rendus Soc. des Sciences Méd., Lyon 1894.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 1892.
- POZZI. — *Fibrome du ligament large*. La Semana Medica, Buenos-Ayres, 1923.
- RENDU. — *Fibrome du ligament large*. Bull. Soc. Obst. et Gynéc., Paris 1912.
- RICHE et FAYOT. — *Volumineux fibrome kystique développé dans les ligaments larges*. Bull. Soc. Obst. et Gynéc., Paris, juin 1931.
- RICHE, FAYOT et LAUX. — *Fibrome primitif du ligament large*. Bull. Soc. Obst. et Gynéc., Paris, avril 1930.
- ROY. — *Fibrome œdémateux du ligament large*. Bull. et Mém. Soc. Anat., Paris 1914.
- SANGER. — *Fibromyome pédiculé du ligament large gauche*. Weber primäre desmoïde geschwülste der ligam. lata, 1880.
- *Myome du ligament large*. Soc. Obst. de Leipzig, 1884.
- SCANZONI. — *Lehrbuch der Krankheiten des weiblichen Sexualorgane*.
- SCHIFFMANN. — *Myome du ligament large*. Wien. Klin. Wochenschrift, 1917.
- SEGOND. — *Six observations de fibromes intraligamentaires*. Soc. de Chirurg., Paris, nov. 1890.
- SIBUT. — *Note sur un cas de fibrome pédiculé du ligament large simulant une grosse salpingite*. France Médicale et Paris Médical, 1897.
- STROHEKER. — *Les fibromes du ligament large*. Thèse Paris, 1902.
- TÉDENAT. — *Fibromes multiples nés dans le ligament large*. In Pozzi : traité de gynécologie, 1897.
- TERRIER. — *Tumeur fibreuse du ligament large*. Bull. et Mém. Soc. Chirurgie, 1888.
- TERRILLON. — *Des tumeurs incluses dans le ligament large*. Ann. de Gynéc. et d'Osbt., sept. 1885.

- THORN. — *Fibrome du ligament large gauche avec prolongement inguinal*. Monatsschrifte für Geburtsh und Gynak de Martin et Sanger, 1900.
- TURCO. — *Fibromyomes du ligament large*. Ann. obst. et gyn. Milan, mai 1932.
- VAUTRIN. — *De l'extirpation des fibromes du ligament large*. IX^e Congrès de Chirurgie, 1895.
- VERDIER. — *Contribution à l'étude des fibromes du ligament large*. Thèse Montpellier, 1921.
- VILLENDRE. — *Fibrome intraligamentaire et kyste parovarien chez une femme enceinte. Continuation de la grossesse*. Société Chirurgie, Paris, janvier 1933.
- VIÉROW. — *Un cas de fibrome bilatéral du tissu conjonctif pelvien*. Central bl. f. Gynak, Leipzig, 1892.
- WALTON. — *Fibrome du ligament large*. Belgique Médicale, 1899.
- WATHEN. — *Fibrome calcifié du ligament large*. Revue Générale de Médecine, de Chirurgie et d'Obstétrique, 1893.
-

En ma qualité de Censeur de
Tour j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

Fibromes primitifs du ligament large. Etude anatomo-clinique.

par M. LOURIAC

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 29 juin 1933.

Le Professeur,
LAPEYRE.

Vu :

Montpellier, le 29 juin 1933

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 30 juin 1933

Le Recteur,
TAILLIART.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	12
OBSERVATIONS	18
ETIOLOGIE ET PATHOGENIE	46
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	48
ORIGINES DES FIBROMES PRIMITIFS.....	50
EVOLUTION ANATOMIQUE	53
TRANSFORMATIONS HISTOLOGIQUES.....	58
CONNEXIONS	61
RAPPORTS	63
SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC	69
EVOLUTION ET PRONOSTIC	87
TRAITEMENT	90
CONCLUSIONS	94
BIBLIOGRAPHIE	96

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et mépris de mes confrères si j'y manque !

